

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

275
n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Gaston LANNÉE

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 10 Octobre 1938 à Roubaix (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le :

Fibrome Naso-Pharyngien

Les Récidives

(Étude sur 61 Observations)

Président : M. M. AUBRY, Professeur

ANNÉE 1967

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Gaston LANNÉE

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 10 Octobre 1938 à Roubaix (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le :

Fibrome Naso-Pharyngien

Les Récidives

(Étude sur 61 Observations)

Président : M. M. AUBRY, Professeur

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN	Georges BROUET
1 ^{er} ASSESSEUR	Daniel BARGETON
2 ^e ASSESSEUR	Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie	MM. DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)

Radiologie médicale
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Thérapeutique
Thérapeutique appliquée

MM.
DESGREZ (H.)
N...
LAMOTTE (M.)
N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie
Anatomie anthropologique
Anatomie pathologique
Bactériologie
Biochimie médicale
Biologie médicale
Parasitologie
Pathologie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Radiologie médicale

CABROL (Ch.)
OLIVIER (G.)
NEZELOF (Ch.)
BARBIER (P.)
DREYFUS (J.-Cl.)
BOURLIERE (F.)
LARIVIERE (M.)
LOEPER (J.)
DEJOURS (P.)
SCHERRER (J.)
KELLERSHOHN (L.)
GOUGEROT (L.)
ROUCAYROL (J.-Cl.)
TUBIANA (M.)
FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)
Clinique cardiologique (Broussais)
— — (Boucicaut)
Cliniques chirurgicales
— Beaujon
— Cochin
— Hôtel-Dieu
— Saint-Antoine
— Salpêtrière
— Tenon
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)
— — — (Foch)
— — — (Beaujon)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)
Clinique endocrinologique (Pitié)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)
Clinique des maladies du sang (Broussais)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)

MM.

DENOIX (P.)
REDON (H.)
SOULIE (P.)
LENEGRE (J.)
LORTAT-JACOB (J.-L.)
BAUMANN (J.)
LEGER (L.)
PATEL (J.)
GOSSET (J.)
SICARD (A.)
OLIVIER (Cl.)
MERLE d'AUBIGNE (R.)
PADOVANI (P.)
CAUCHOIX (J.)
FEVRE (M.)
DUBOST (Ch.)
MATHEY (J.)
DUPERRAT (F.)
DECOURT (J.)
LAMY (M.)
HUGUIER (J.)
DEGOS (R.)
TURPIN (R.)
MOLLARET (P.)
DELAY (J.)
BERNARD (J.)
CASTAIGNE (P.)

		MM.
	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G.)
— — (Cochin)		BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)		MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)		BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)		SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)		JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
— — (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)		DOMART (A.)
— — (Lariboisière)		BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)		RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)		WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)		POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRE (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)

	MM.	
Néphrologie		RICHET (G.)
Neuro-chirurgie		LE BEAU (J.)
Neurologie		LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie		PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie		MADURO (R.)
Pédiatrie		POLONOVSKI (Cl.)
		ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie		KREIS (B.)
		MEYER (A.)
Rhumatologie		DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	DUPONT (V.)
	CARTIER (P.)	Maladies infectieuses .	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale ..	GONNARD (P.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
	NORDMANN (J.)	Physique médicale ...	COURSAGET (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physiologie	GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Stomatologie	GIRARD (Fr.)
			CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

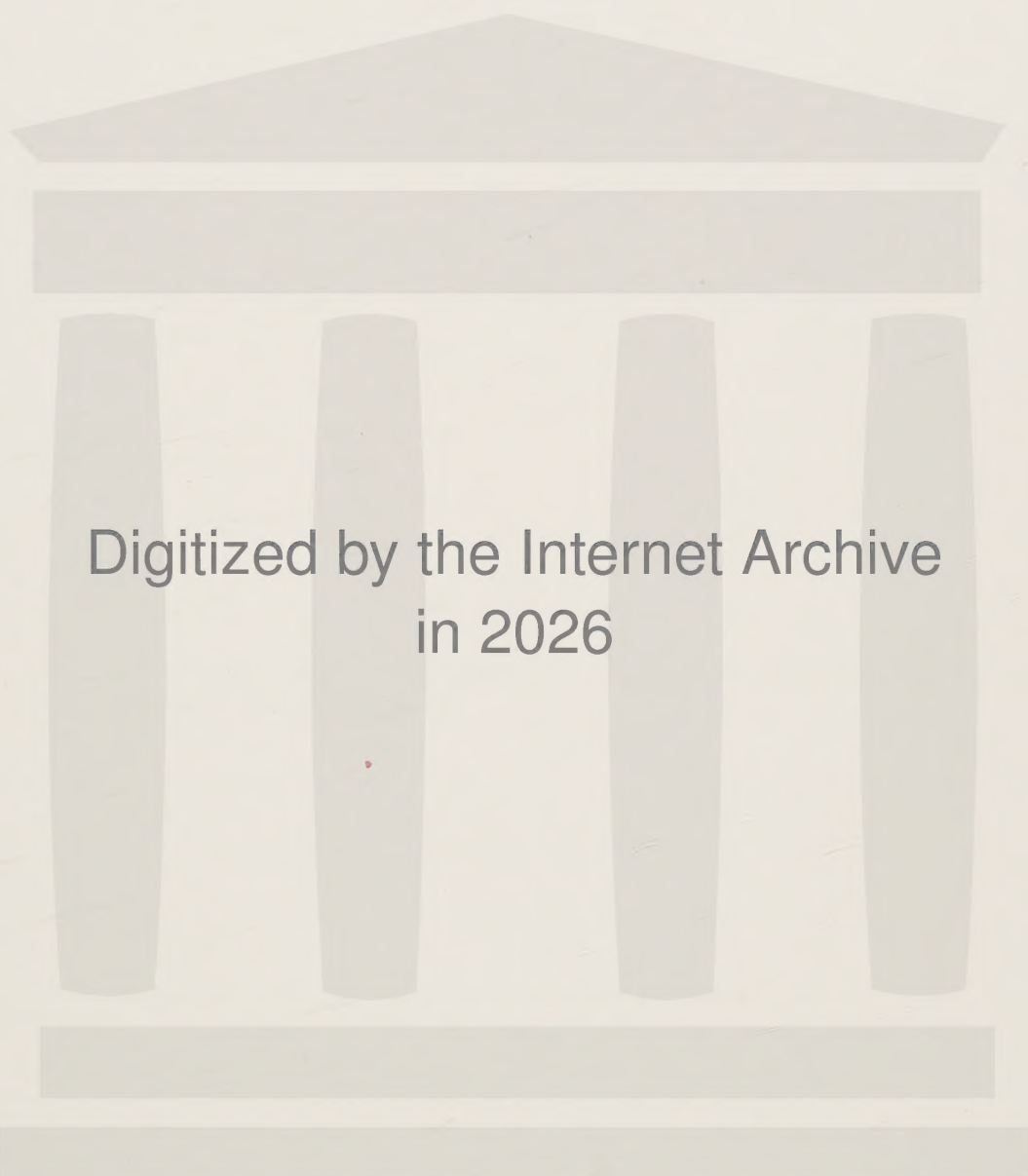
Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549003_0029

A MON PERE

Que sa droiture et sa force de caractère me servent d'exemple.

A MA MERE

*qui par son amour et sa tendresse a toujours été pour moi une source
d'effort et de courage.*

A TOUS CEUX qui ont une place dans ma vie et dans mon cœur.

A Monsieur le Professeur Maurice AUBRY

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique de la Faculté de Médecine
de Paris,

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui m'a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de
cette thèse.*

Qu'il reçoive ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A mon Maître le Docteur Henri MULER

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris,

Chef du Service de Consultation de l'Hôpital HEROLD.

Il nous a inspiré cette thèse et a été pour nous un guide précieux au cours de l'élaboration de ce travail.

Qu'il compte sur ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Henri MOULONGUET

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris.

Qui fut mon tout premier maître et qui est resté un ami pour son ancien externe.

MES REMERCIEMENTS,

A ceux qui m'ont accordé des facilités de recherches et de Documentation :

A l'Hôpital LARIBOISIERE :

M. le Professeur AUBRY Maurice, Président de Thèse.

A l'Hôpital BOUCICAUT :

M. le Docteur LEROUX-ROBERT,

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris,
Chef du Service O.R.L. et de Carcinologie Cervico-faciale de l'Hôpital Boucicaud,
Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.

M. le Docteur Jean DE BRUX,

Maître de Conférence agrégé d'Anatomie Pathologique,
Biologiste de l'Hôpital Boucicaud,
Chef du Centre de Dépistage Boucicaud-Broca.

A l'Hôpital des ENFANTS MALADES :

M. le Docteur MASPETIOL,

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris,
Chef du Service O.R.L. des Enfants Malades,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A l'Hôpital TROUSSEAU :

M. le Docteur SERGENT,

Professeur agrégé,
Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre.

A mes autres Maîtres d'EXTERNAT :

1961 - M. le Docteur CANIVET, Professeur agrégé,

Médecin des Hôpitaux de Paris,
Chef de Service à l'Hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

1962 - M. le Docteur VILAIN Raymond,

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Chef du Service de Consultation de Chirurgie,
Croix de Guerre 1939-1945,
Chevalier de l'Ordre National du Mérite.

1963 - M. le Docteur CACHIN Y.,

Chef du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie à l'Institut anti-cancéreux
Gustave Roussy,
Médaillé de la Résistance.

1964 - M. le Docteur BERARD F.,

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris,
Chef de Service à l'Hôpital Tenon,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

Le FIBROME NASO-PHARYNGIEN est une affection rare. Heureusement, dirons-nous, car chaque nouveau cas observé est pour le chirurgien le point de départ de graves préoccupations.

En effet, les risques évolutifs immédiats de cette affection, bien que considérablement réduits depuis une dizaine d'années depuis l'apparition des nouvelles techniques d'anesthésie-réanimation, n'en mettent pas pour autant le fibrome naso-pharyngien au rang d'une tumeur bénigne, banale et **sans lendemain**.

C'est justement pour tenter de préciser ces « lendemains » et la fréquence des récidives, que nous ferons cette étude sur 61 cas vus à Paris.

Si le fibrome naso-pharyngien et ses différents traitements a fait l'objet de nombreuses parutions, les études orientées sur les RECIDIVES elles-mêmes ne sont pas courantes. En effet :

- Elles nécessitent des statistiques importantes qui ne sont pas toujours réalisées, étant encore plus rares que la maladie elle-même ;
- La gravité du fibrome naso-pharyngien et la réputation de gravité générale des actes thérapeutiques qui lui sont opposés (pensons à la chirurgie hémorragique, à la radiothérapie chez l'enfant), ont monopolisé l'intérêt.

Puis, après les résultats obtenus, **l'étude des récidives observées reste plus une constatation douloureusement ressentie qu'une analyse des causes pouvant les provoquer.**

Pour cela, nous examinerons d'abord l'attitude du thérapeute devant la première apparition du fibrome naso-pharyngien : ses examens, ses conclusions.

Ainsi seront accumulées les données fournies par la maladie et celles fournies par le premier ensemble thérapeutique qui lui est opposé.

Nous relèverons alors les cas de premières récidives, analyserons dans les données précédentes, celles qui ont été susceptibles de les favoriser.

Nous ferons de même pour les récidives secondes et les suivantes...

Pour présenter ce travail, nous avons compulsé les Archives des Hôpitaux TROUSSEAU, LARIBOISIERE, BOUCICAUT et ENFANTS MALADES, sur globalement une période de 20 ans.

Fibrome naso-pharyngien
Abord chirurgical



GENERALITES

1°) SEXE.

Ces 61 malades sont du sexe masculin.

Nous n'avons trouvé aucun cas chez la femme ou la jeune fille.

Nous vérifions par là que cette maladie ne se rencontre en principe que chez les garçons.

Nous ne nous appesantirons pas sur l'existence ou non des fibromes naso-pharyngiens chez la femme. Ceci a fait l'objet de la thèse de Michel BURGEAT où il conclut que des observations — de rareté mondiale — chez la femme, ne doivent pas modifier l'opinion admise de façon unanime.

D'autant que certains de ces soi-disant fibromes naso-pharyngiens chez la femme sont peut-être des fibro-sarcomes.

2°) AGE.

a) L'âge moyen, lorsque le sujet est vu pour la première fois, est de 15 ans 1/2.

Entre l'apparition des premiers signes et la consultation, il s'écoule un délai variable : en moyenne quelques mois, mais le délai peut être beaucoup plus long : 13 ans dans un cas, 3 ans dans un autre.

75 % des sujets sont vus entre 12 et 19 ans.

b) Nous avons cependant observé dans les cas extrêmes, deux enfants de 9 ans et deux adultes de 28 ans. (Mais il faut signaler ici qu'un des deux adultes de 28 ans avait une obstruction nasale depuis l'âge de 15 ans), vérifiant à ce propos ce que nous verrons ultérieurement : que l'obstruction nasale n'inquiète que peu le malade.

c) Le graphique du nombre de cas en fonction de l'âge dessine une pyramide : une courbe ascendante régulière jusqu'à l'âge de 16 ans, puis une chute assez brutale.

L'époque d'apparition de la tumeur se situe donc aux alentours de « la puberté ».

Il n'a pas été noté de perturbation clinique dans le développement des caractères sexuels (en sachant bien que l'attention était attirée sur ce fait par les théories pathogéniques hormonales), ni d'anomalies notables aux différentes explorations humorales lorsqu'elles ont été faites.

3°) REPARTITION GEOGRAPHIQUE.

LEMARIEY, BOURGUET, AUBIN, font remarquer qu'il s'agit le plus souvent de campagnards et non de citadins :

1 cas citadin pour 13 campagnards pour AUBIN.

LEROUX-ROBERT ne retrouve pas cette proportion :

6 citadins et 3 campagnards pour 9 cas.

Si l'impression d'ensemble, à la lecture des observations, fait bien penser à la **prédominance rurale dans l'origine des sujets**, on est néanmoins surpris, en approfondissant les calculs, du nombre de cas en provenance de zones fortement urbanisées.

Sur 53 cas où le lieu géographique a été bien précisé, on trouve :

20 cas pour Paris + Banlieue,

1 cas pour Lyon,

32 cas pour les origines rurales ou villes de moyenne et petite importance.

Bien entendu, ces chiffres doivent être interprétés en fonction :

a) De la zone d'attraction de la capitale et de ses Hôpitaux, d'autant plus forte qu'on en est plus proche.

b) De la très forte densité et par conséquent de la masse potentielle de malades représentée par cette conurbation.

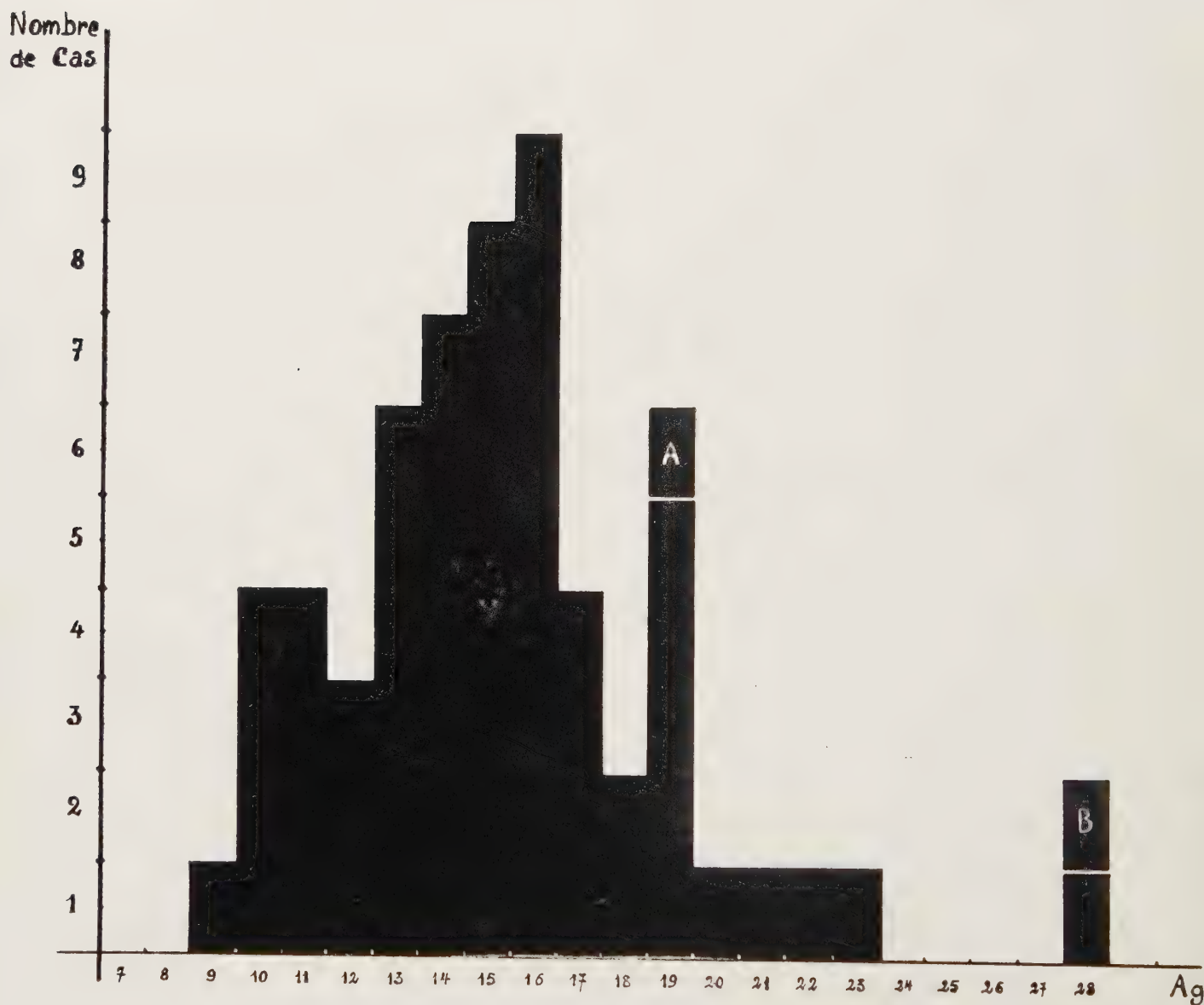
c) De l'urbanisation progressive du reste de la France depuis vingt ans.

EN CONCLUSION, bien que les cas observés en zone urbaine tendent à rattraper ceux observés

en zone rurale, on ne peut pas encore démentir l'axiome « de la maladie du jeune garçon ou de l'adolescent issu du milieu campagnard ».

A ce sujet, les relations de cause à effet ne sont pas très claires :

Pour les expliquer, on a été jusqu'à attribuer un rôle à la fréquence plus grande des adénoïdectomies chez le citadin.



Répartition des cas en fonction de l'âge des consultants :

Cas A : Obs. 26 - Consulte à 19 ans, présentait des troubles depuis l'âge de 16 ans.

Cas B : Obs. 29 - Consulte à 28 ans, présentait des troubles depuis l'âge de 15 ans.

Cas C : Obs. 53 - Non indiqué, âge inconnu.

Une notion toute subjective apparaît lors du pointage des cas observés sur la carte :

Il semble exister une certaine coïncidence entre les départements touchés et les zones campagnardes, où la pluviosité et l'élevage sont les plus élevés, comme en témoigne la carte page 42,

4°) FREQUENCE.

Le fibrome naso-pharyngien est une affection rare.

Nous pouvons citer quelques chiffres :

OGINO : 10 cas en 15 ans,

FIGI et DAVIS à la Mayo Clinic :
51 cas en 10 ans,

BOUCHE : 4 cas en 10 ans dans le service de MOULONGUET,

HAYES MARTIN, Memorial Hospital de New York : 29 cas en 20 ans, sur 2 000 tumeurs des voies aéro-digestives supérieures.

Rose-Marie ALBRECHT : 244 cas provenant des diverses Universités allemandes Est et Ouest, sur 15 ans.

Pour notre part, nous avons, comme nous l'avons déjà dit, relevé 61 Observations.

La répartition de ces cas, au cours de ces vingt dernières années, est à peu près homogène dans les quatre Hôpitaux, compte tenu de l'importance des Services.



CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE DU FIBROME

1°) LES EPISTAXIS.

a) SPONTANÉES :

Elles sont variables d'un malade à l'autre, et chez un même malade.

La quiescence du fibrome n'est pas un argument, car elles peuvent se révéler brutalement et se répéter dès lors très rapidement, très intensément.

Leur importance :

Pour le spécialiste, on peut dire qu'elles sont de gravité moyenne. Entendons par là que, même si les petits moyens, type tamponnements antérieurs, sont inefficaces, elles ont toujours pu être jugulées et n'ont jamais entraîné aucun accident grave.

Pour l'entourage par contre, elles sont très inquiétantes.

Il est caractéristique de noter que ce sont des saignements de nez profus, prolongés et répétés qui décident à consulter.

b) PROVOQUÉES :

A proprement parler, l'épistaxis n'est pas révélatrice.

L'enfant a été amené à consulter pour un autre signe d'appel, exemple l'obstruction nasale. Une erreur de diagnostic se produit : penser à un polype est l'erreur la plus couramment rencontrée.

Une tentative d'exérèse a lieu.

La surprise est de taille devant l'hémorragie qui s'ensuit...

Ceci a été constaté dans huit cas.

De même que dans les épistaxis spontanées, elles n'ont jamais provoqué d'accidents graves.

Elles ont été jugulées avec plus ou moins de difficulté.

De toute façon, elles ont à ce moment-là **redressé après coup le diagnostic**, et fait examiner le fragment prélevé par un anatomo-pathologiste.

(Nous mettons volontairement en dehors de ce chapitre épistaxis, celles qui ont suivi une biopsie délibérée. Nous en parlerons au diagnostic).

De toute façon, le tableau d'anémie plus ou moins accentuée qui peut en résulter a toujours été compensé, quand c'était nécessaire, par des transfusions.

Quelques chiffres : Les épistaxis sont retrouvées dans 75 % des cas.

Dans la moitié de ces 75 %, elles pouvaient être considérées comme d'abondance sérieuse.

2°) L'OBSTRUCTION NASALE.

A l'inverse, l'obstruction nasale qui se développe progressivement est très longtemps négligée, mise sur le compte de végétations, de déviation de cloison, de polypes.

En fait, l'enfant n'est amené à consulter que lorsque les épistaxis se surajoutent au tableau.

3°) AUTRES SIGNES.

Ils sont rarement isolés, et le plus souvent accompagnés des deux précédents, plus ou moins relégués au second plan.

Parmi les manifestations importantes qu'on a pu rencontrer, on retrouve :

- Deux tuméfactions jugales rétro-malaires sous l'arcade zygomatique,
- Une polypose réactionnelle vraie récidivante, masquant la tumeur,
- Une hypoacousie,
- Une otorrhée tubaire,
- Deux otites isolées ; découverte du fibrome à l'examen,
- Deux sinusites maxillaires,
- Des céphalées (dans un cas),
- Une anémie dont la cause était initialement inconnue. Il s'agissait en fait d'un suintement sanglant postérieur.



DIAGNOSTIC

Le diagnostic de fibrome naso-pharyngien est

- essentiellement clinique,
- parfois histologique,
- rarement opératoire.

I. - DIAGNOSTIC CLINIQUE.

La question est de savoir ce que l'on demande de l'examen clinique.

- 1°) Faire seulement le diagnostic de fibrome naso-pharyngien ;
- 2°) Préciser en plus les prolongements ;
- 3°) Préciser le siège d'implantation.

1°) LE DIAGNOSTIC DE FIBROME NASO-PHARYNGIEN.

— On se trouve devant un petit malade qui présente, dans 100 % des cas, **une obstruction nasale** au moins unilatérale complète : à l'examen, elle est toujours constatée.

Puis, le syndrome d'obstruction devient bilatéral :

elle est bilatérale et complète dans 25 % des cas à ce premier examen.

— La Rhinoscopie Antérieure :

Il est communément admis — BOURGUET et autres Auteurs — que la rhinoscopie antérieure est presque toujours insuffisante pour reconnaître la **présence** du fibrome.

En fait, pour un œil exercé, elle peut, dans un bon nombre de cas, le retrouver, mais on ne peut parler « d'EXAMEN » s'il se limite à celle-ci.

Si tel est le cas, une erreur de diagnostic ne surprendra personne.

Des extraits de notre 6ème Observation, que

nous allons transcrire dans quelques lignes, l'illustre bien.

— La Rhinoscopie Postérieure :

Toujours de règle, donne la solution du problème.

Extrait de l'Observation 6 :

Le 12.9.1961 : Le Dr. P... tente d'enlever un polype visible à la rhinoscopie antérieure et est arrêté dans son intervention par une hémorragie sévère.

Le 20.10.1961 : Entrée à l'hôpital.

Rhinoscopie antérieure : *La fosse nasale droite est occupée par une masse qui demeure distante de 3 centimètres du vestibule narinaire. Cette masse, rouge, tomentueuse, et par endroits violacée, est recouverte par endroits d'un exsudat puriforme. L'aspect charnu est typiquement celui d'une formation angiomateuse, et la consistance ferme celle d'un fibrome.*

Le prolongement nasal confine en bas au plancher, et se perd en haut dans la rima nasi.

Il refoule en dehors la lame des cornets et en dedans la partie haute de la cloison, encore que la fosse nasale gauche demeure relativement perméable.

Rhinoscopie postérieure : *Avant même de la pratiquer, on est frappé par une légère voussure de la face antérieure du voile. Le fibrome ne dépasse pas son bord libre, mais la palpation du voile montre qu'il est soulevé par une masse ferme, des plus volumineuses, saillant sur la ligne médiane.*

Le miroir montre la tumeur rougeâtre qui occupe tout le cavum et ne laisse voir ni la choane gauche, ni les bourrelets tubaires.

On ne pratique pas de toucher, le diagnostic de fibrome paraissant évident.

2°) LE DIAGNOSTIC DES PROLONGEMENTS.

Seuls peuvent être vus la masse cavaire et le prolongement nasal.

La masse cavaire peut, par son importance, créer une voussure du voile ou même descendre derrière lui et être directement visible dès l'ouverture de la bouche (Obs. 6, 8, 9).

Les prolongements ptérygo-maxillaires ne deviennent perceptibles cliniquement que lorsque leur importance provoque une tuméfaction rétro-mandibulaire sous-zygomatique (Obs. 35, 36).

3°) LE DIAGNOSTIC DU SIEGE D'IMPLANTATION.

C'est finalement cliniquement **exceptionnel de pouvoir l'affirmer**. Et ceci même dans les observations offrant toutes garanties de sérieux et de compétence de l'examineur.

- L'insertion n'est vue que dans 6 % des cas. Lorsqu'elle est vue, elle ne peut pas être précisée avec exactitude. (Obs. N° 6 - 16 - 19 - 23 - 25).
- Dans quelques autres cas, devant l'énormité de la tumeur, le **côté** de l'implantation a pu se discuter (Obs. 9 : découverte opératoire du côté opposé).

II. - DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE.

Il est trois fois moins fréquent que le diagnostic clinique.

Il serait en réalité encore plus rare : cette proportion importante tient à ce qu'il faut englober deux types de diagnostics histologiques. Ceux obtenus :

- 1°) Après prélèvements donnés à biopsier par suite d'erreur initiale ;
- 2°) Ceux obtenus par biopsie délibérée.

1°) LES PRELEVEMENTS PAR ERREUR.

Assez souvent en effet, le diagnostic de fibrome naso-pharyngien a été fait à la suite d'exérèses partielles, dont l'indication faisait suite à une erreur de diagnostic :

Huit exérèses plus précisément (ce qui représente 13 % sur l'ensemble des cas).

Celles-ci ont toutes été réalisées par des spécialistes consultés pour un syndrome d'obstruction nasale, non hémorragique.

Au premier rang de ces erreurs se place le polype.

On retrouve :

- Obs. N° 6 : Un polype.
- Obs. N° 11 : Une tentative d'extraction de polype.
- Obs. N° 15 : Extraction d'un volumineux polype au serre-nœud.
- Obs. N° 17 : Polype choanal gauche. Très hémorragique.
- Obs. N° 14 : Une prise à la pince de Le Chatellier rétro-palatine.
- Obs. N° 9 : Une prise au serre-nœud pour obstruction nasale.
- Obs. N° 29 : Un essai infructueux d'exérèse pour néo-formation d'allure bénigne.

Evidemment, dans tous les cas, après la tentative d'exérèse, une **hémorragie** très abondante a **fait rectifier** le point de vue initial.

Les prélèvements retirés ont été — sauf Obs. N° 11 — remis à l'anatomo-pathologiste. Le diagnostic a été porté ainsi dans les observations 6 - 17 - 14 et 9 ; dans les autres, la biopsie est revenue négative ou douteuse.

2°) LES BIOPSIES FAITES VOLONTAIREMENT.

Elles ont été retrouvées 8 fois (13 % des cas).

Elles ont été faites lorsque le diagnostic était hésitant, et en général avec l'arrière-pensée au départ que ce n'était pas un fibrome naso-pharyngien, mais plutôt une tumeur maligne de l'enfant.

Ce sont elles qui ont amené les Obs. 8 - 58 - 26 - 27 - 35 - 36 et 37 dans notre liste. Dans l'observation 48, deux biopsies négatives avaient été pratiquées pour tumeur latéro-pharyngée. Le diagnostic fut fait à l'intervention.

Certains sont absolument contre : Nous n'en rencontrons aucune dans la liste de malades de Trousseau (LEMARIEY). Au total, la phrase : « Nous ne ferons pas de biopsie », sous cette forme ou une autre, a été retrouvée 31 fois.

Cependant, **même ceux qui en font parfois restent très réservés** (LEROUX-ROBERT que je vais citer) :

— tant sur la difficulté :

« Un essai de biopsie, outre le danger hémorragique, se solderait très vraisemblablement par un échec, la pince à biopsie étant trop fragile et glissant sur la surface de la masse du fait de sa dureté. Une pince de

Chatellier même risquerait de ne pas être plus efficace. »

— que sur l'indication :

« ...pas plus qu'on ne doit penser à pratiquer une biopsie. »

Dans aucune de nos observations par exérèse partielle ou par biopsie délibérée, il n'y a eu d'accident grave.

D'après notre étude, il n'a pas été criminel de faire une biopsie de fibrome naso-pharyngien. **En faire une n'est pas classique** du tout, mais cela ne nous a pas paru être à l'origine de véritable catastrophe. Ça saigne, mais finalement ça s'arrange.

III. - DIAGNOSTIC ANGIOGRAPHIQUE.

La nature angiomateuse de la tumeur est démontrée par l'artériographie carotidienne. Ce renseignement a un intérêt capital car il rendrait la biopsie inutile dans les cas douteux. En effet, ces tumeurs sont à distinguer parfois des tumeurs malignes du cavum, les fibro-sarcomes, les mycosarcomes, et les cylindromes, tumeurs malignes qui ne sont pas vascularisées. Cette contribution au diagnostic des fibromes naso-pharyngiens nous paraît importante.

IV. - DIAGNOSTIC OPERATOIRE.

1°) LE DIAGNOSTIC DU FIBROME.

Il n'a été porté que deux fois. Ce sont deux surprises.

Observation 28 :

« Dès l'ouverture du sinus maxillaire, un énorme polype d'allure myxoïde s'exteriorise par la brèche osseuse comme s'il était sous pression dans le sinus. Elargissement de la brèche aux dépens de la paroi externe de la fosse nasale, ce qui permet d'extraire le polype qui se continue avec une formation analogue remplissant l'ethmoïde et la partie postérieure de la fosse nasale correspondante. Ceci fait, il apparaît que le cavum est comblé par une masse d'aspect différent, fibreuse et ferme, qu'après deux ou trois essais de traction on arrive assez facilement à extraire. L'hémorragie est peu importante. Le cavum se trouve ainsi complètement libéré. »

La masse fibreuse et ferme s'est révélée à l'histologie post-opératoire un fibrome naso-pharyngien.

Observation 48 :

...Il s'agit de la tumeur latéro-pharyngée pour laquelle deux biopsies négatives avaient été pratiquées par vous, et dont vous demandiez récemment des nouvelles.

A l'intervention, il s'agit d'un fibrome naso-pharyngien ; en tout cas, c'est l'impression clinique.

(Confirmation histologique ultérieurement).

2°) LE DIAGNOSTIC DES PROLONGEMENTS.

Il n'y avait que l'intervention qui permettait d'apprécier à sa juste valeur les contours du fibrome.

L'importance du fibrome est en général sous-estimée, même après les explorations cliniques et para-cliniques les mieux faites.

On trouve des prolongements alors qu'on n'en avait pas diagnostiqués, ou des prolongements beaucoup plus importants que prévu.

Obs. 15 :

« Le prolongement nasal apparaît gigantesque, refoulant en dehors la paroi sinuso-nasale (sinus maxillaire encombré de polypes réactionnels) comblant l'ethmoïde antérieur et érodant la partie inféro-interne de l'orbite. Son insertion postérieure est massive.

On décèle en outre à travers la paroi postérieure papyracée du sinus maxillaire, que l'on détache à la curette, un prolongement ptérygo-maxillaire.

Deux prises au serre-nœud ramènent le prolongement nasal. La consistance de la tumeur est relativement friable et les serre-nœuds coupent. Une prise sur la masse cavaire devenue abordable n'est réalisable qu'après contrôle de l'anse par le toucher digital rétrovélique.

Extraction à la pince du prolongement ptérygo-maxillaire fortement enclavé.

On découvre en fin d'opération un prolongement rétro-tubaire à évolution péri-pharyngée. Il est extrait à la pince. »

Le problème peut être revu ici aussi à cause de l'Angiographie :

Elle apporte des renseignements complémentaires substantiels sur l'extension de la tumeur à l'étage moyen de la base du crâne, y compris dans les cas où la base du crâne paraissait intacte dans les autres examens, radiologiques compris. (A. THIBAUT)

3°) LE DIAGNOSTIC DU SIEGE D'IMPLANTATION.

Il est lui aussi réalisé opératoirement.

Exemple :

Obs. 9 :

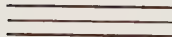
« Incision de Rouge dans le sillon gingivo-labio-jugal Denker droit complété en cours d'opération par la section de la cloison cartilagineuse type Rouge. Dès la résection de l'angle et l'effondrement de la fosse canine, on constate que le sinus est totalement comblé par la tumeur

et la paroi sinuso-nasale droite refoulée contre la paroi externe du sinus.

Libération de l'énorme prolongement antérieur droit sinuso-nasal. Adrénaline à 1/10 000 + novocaïne en infiltration. Les serre-nœuds appliqués déchirent, et le prolongement est extrait par morcellement.

La masse du cavum est libérée péniblement, et l'on découvre alors que l'insertion du fibrome ne se fait pas à droite, mais sur l'aile interne de la ptérygoïde gauche.

Extraction d'un prolongement rétro-mandibulaire droit... »



« A. P. » mod. B¹ 16

CONSULTATION

HOPITAL HÉROLD
CONSULTATION
EXTERNE O. R. L.
Dr. MULIER

Etablissement :

Rapporter le présent Bulletin chaque fois que l'on vient consulter

P. RAYMOND

95 ARGENT
TEUIL

Réopéré à l'Hôpital Trousseau en 1954.

A-t-il été guéri ? oui

A-t-il récidivé ? opéré 1953 récidive 1954

Si oui, comment a-t-il été soigné ?

J'ignore l'état actuel de l'enfant après
n'ayant pas passé de visites depuis 1957-
(Trousseau) - Ne ressent rien sinon plus de
sensibilité au froid du côté opéré -

Les spécialités pharmaceutiques ne peuvent être délivrées gratuitement aux consultants

LA RADIOGRAPHIE

I. - RESULTATS THEORIQUES -

Court rappel.

1°) Profil simple :

- a) L'ombre se projette sur la lumière du cavum :

Cette ombre paraît appendue au toit du cavum. Elle peut se confondre avec l'ombre des végétations adénoïdes.

- b) En haut, elle peut empiéter plus ou moins largement sur la clarté du sinus sphénoïdal.

- c) Elle peut se projeter sur la clarté habituelle des fosses nasales.

2°) Profil opacifié :

Avec l'opacification au lipiodol, on peut mieux montrer que l'ombre du fibrome naso-pharyngien a une limite inférieure nette arrondie, perpendiculaire à la paroi postérieure du pharynx. Au contraire des ombres rencontrées dans les épithéliomas, les lympho-sarcomes, où elles se prolongent avec la paroi postéro-supérieure du rhinopharynx.

3°) Face :

- Permet d'apprécier l'extension en dehors :
— soit une extension au sinus maxillaire,
— soit une extension ptérygo-maxillaire.

4°) Le Hirtz :

Permet d'apprécier l'extension vers la fosse ptérygo-maxillaire, vers le sphénoïde, la fosse nasale.

5°) Les tomographies :

- de face,
de profil,

permettent de pallier aux difficultés dues aux superpositions de plans.

Cependant, nous ne pensons pas, comme A. THIBAUT, que les tomographies peuvent éliminer une lésion des constituants osseux, l'absence de destructions osseuses radiologiques ne témoignant pas nécessairement d'une absence d'envahissement.

II. - LA PLACE DE LA RADIOGRAPHIE.

Non seulement l'examen radiographique est toujours fait, mais toutes les incidences sont demandées et retrouvées dans les dossiers :

Nez-front-plaque - Nez-menton-plaque - Hirtz - Profil - Tomographies, etc.,.

Le but est d'y faire appel pour pallier à la clinique défailante dans :

1°) L'appréciation des prolongements tumoraux :

- prolongements ptérygo-maxillaires,
- prolongements sphénoïdaux,
- prolongements ethmoïdaux antérieurs et postérieurs,
- prolongements au sinus maxillaire.

2°) La délimitation de la zone d'implantation du pédicule.

III. - RESULTATS PRATIQUES.

1°) DANS L'APPRECIATION

DES PROLONGEMENTS TUMORAUX :

Cette appréciation est soumise à quelques difficultés que nous examinerons d'abord :

a) Erreur « en trop » :

Cette difficulté d'interprétation peut se rencontrer dans l'envahissement du sinus maxillaire, qu'il est parfois difficile de différencier d'une surinfection surajoutée ou de polypes réactionnels.

Exemples :

Obs. 50 :

Radio : Opacité de la moitié postérieure des fosses nasales droites, refoulant la cloison, noyant cornet inférieur, respectant cornet moyen, opacité du sinus maxillaire droit.

Constatations opératoires :

... Il n'y avait pas de prolongement maxillaire ni ethmoïdal.

... et comme l'avait dit mon radiologiste in extremis, il pouvait s'agir d'une opacité non tumorale, mais simplement réactionnelle.

Obs. 61 :

Radio : Opacité intéressant le sinus maxillaire gauche, le sinus ethmoïdal gauche, la fosse nasale gauche,

donc strictement unilatérale, sans destruction osseuse, simplement refoulement de la cloison.

Constatations opératoires :

Ablation de la tumeur de la fosse nasale gauche. Il existe des formations polypeuses banales dans les sinus. Derrière elles, une grosse masse s'implantant sur le toit de la choane.

Ablation en plusieurs fragments de cette masse. L'ablation est bien complète.

b) Erreur « en moins » :

Obs. 52 :

Radio : Masse opaque intéressant les fosses nasales gauches. Opacité du sinus maxillaire gauche, du sinus frontal et ethmoïdal gauche.

Constatations opératoires :

L'ablation de la tumeur a été très pénible, les adhérences étant très importantes.

La tumeur était beaucoup plus volumineuse qu'on ne le suspectait cliniquement et radiologiquement.

c) Erreur sur la nature de la tumeur :

Processus bénin, il n'y a pas en principe de

destruction osseuse. Cependant, de fausses images de destruction peuvent apparaître par refoulement et usure.

Obs. 35 :

« Le sinus maxillaire droit, la moitié postérieure de l'ethmoïde et de la fosse nasale homologues ainsi que la portion antérieure du rhinopharynx sont le siège d'un processus tumoral envahissant et destructeur dont la malignité ne fait radiographiquement aucun doute. Les parois postérieure, supérieure, interne et antéro-externe du sinus maxillaire sont profondément détruites. Le fond de la cavité orbitaire au voisinage de la fente sphénoïdale ainsi que l'apophyse ptérygoïde paraissent également atteints et en partie détruits. L'os malade a partiellement disparu.

Conclusions : Tumeur maligne du massif facial très probablement de nature mésoenchymateuse et à point de départ ethmoïdo-maxillaire postérieur droit. »

Cette opinion radiographique a été à l'origine d'une des biopsies déjà rencontrées, qui a redressé le diagnostic.

Le diagnostic différentiel des angiofibromes naso-pharyngiens d'avec les tumeurs malignes du naso-pharynx (fibro-sarcomes, myco-sarcomes et cylindromes), est classiquement basé sur l'existence de destructions osseuses qui caractérisent la malignité (BACLESSE et autres).

Les observations de cas contrôlés histologiquement où les auteurs signalent l'existence de lésions osseuses importantes ne sont pas rares. Ces images de destruction osseuse ont été rencontrées également dans notre étude. **Cet élément** diagnostic différentiel ne semble pas avoir une valeur certaine.

Ces difficultés étant éliminées, la corrélation Radio-Constatations post-opératoires est bonne pour la majorité de nos malades.

Exemple :

Obs. 6 :

Radio :

Nez-menton-plaque bouche ouverte : Le bord inférieur arrondi de la tumeur est nettement visible entre les arcades dentaires.

La moitié inférieure de la fosse nasale droite est le siège d'une opacité massive tumorale.

Le sinus maxillaire droit est voilé, plus probablement par réaction inflammatoire que tumorale.

Nez-front-plaque : La partie basse de l'ethmoïde droit paraît envahie par la tumeur.

Le frontal légèrement voilé.

Hirtz : Opacité de l'ethmoïde postérieur et de la moitié postérieure de la fosse nasale droite.

La ptérygoïde est décalcifiée, notamment au niveau de l'aile interne. L'image d'étoile est méconnaissable. Deux petites ombres postérieures, marielonnées, laissent penser à un envahissement débutant du sinus sphénoïdal.

Profil droit : Le cavum est opaque, depuis la base du crâne jusqu'au voile du palais qui apparaît refoulé.

Tomographies : Confirment les données précédentes sans apporter d'informations complémentaires notables.

En résumé : Volumineux fibrome naso-pharyngien, né probablement au niveau de la partie haute de l'aile interne de la ptérygoïde droite, et présentant un développement cavaire, endonasal et peut-être sphénoïdal.

Constatations opératoires :

a) Incision de Denker. Résection de la paroi antérieure du sinus maxillaire, depuis le cul-de-sac alvéolaire jusqu'au rebord orbitaire, après section au pédicule sous-orbitaire.

La résection osseuse, après décollement du sac lacrymal, est étendue à la branche montante du maxillaire et à l'os propre droit.

b) Résection de la paroi sinuso nasale. Découverte du prolongement nasal du fibrome. La visibilité n'est pas bonne à cause du maxillaire supérieur.

c) Incision de Rouge et section du cartilage quadrangulaire, obliquement en haut et en arrière. La visibilité est nettement améliorée.

d) Décollement progressif de la face interne du prolongement nasal, fortement adhérent à la cloison, au prix d'une hémorragie légère.

e) Résection de l'ethmoïde et libération du pôle supérieur du fibrome engagé dans le sinus sphénoïdal. Graisse orbitaire à travers une brèche de l'os planum.

Enrobage de la partie libérée du fibrome avec mèche adrénalinée, injection ptérygoïdienne xylo-adrénalinée.

On décide de réséquer d'abord le prolongement naso-ethmoïdo-sphénoïdal qui masque complètement le cavum.

f) Application du serre-nœud de Gibert, qui ramène avec le prolongement visé, la moitié de la masse cavaire et de l'insertion ptérygoïdienne.

La choane droite est complètement libérée en bas. Hémorragie facilement contrôlée par compresses.

g) L'index introduit derrière le voile refoule le reliquat du fibrome autour duquel un double serre-nœud est appliqué, et serré presque au ras de la ptérygoïde. La totalité du fragment est ramenée avec le reste de l'insertion, à la partie haute de l'aile interne ptérygoïdienne.

Pas d'hémorragie notable.

Tension 8-5.

Dans cette observation, l'extension, appréciée radiologiquement, a parfaitement été vérifiée opératoirement.

Une telle corrélation a été rencontrée dans nos observations 4 à 26, 36, 44, 59 et 60.

Dans d'autres, les clichés sont franchement mauvais et ne permettent aucune analyse.

Pour le reste, il ne semble pas que la radio ait été d'un grand intérêt supplémentaire : elle n'a fait que confirmer la clinique.

2°) DANS L'APPRECIATION DE LA ZONE D'INSERTION PEDICULAIRE :

Reprenons l'observation n° 6.

La décalcification radiologique de la ptérygoïde au niveau de l'aile interne signait l'insertion pédiculaire. Elle fut retrouvée opératoirement.

Il n'en a pas été de même en général dans les autres cas : tout se réduit à des « flous de l'étoile ptérygoïdienne ou de la ptérygoïde », images plus ou moins noyées dans l'opacité tumorale.

IV. - L'ANGIOGRAPHIE.

L'angiographie carotidienne est une technique qui n'a pratiquement jamais été appliquée à l'étude de ces tumeurs.

L'artériographie de la carotide interne ne s'applique qu'à l'étude des lésions intra-crâniennes, tandis que l'intérêt de l'artériographie de la carotide externe n'est souligné que pour le diagnostic des lésions extra-cérébrales développées à partir des enveloppes du cerveau. (LINDGREN 1954, HUGGIERO et JAY, 1958).

1°) RENSEIGNEMENTS VASCULAIRES

FOURNIS PAR L'ARTÉRIOGRAPHIE.

a) L'artériographie sélective par cathétérisme permet une délimitation nette des territoires carotidiens externe et interne, gauche et droit.

b) Visible par angiographie, le squelette vasculaire est si caractéristique qu'il est capable de suggérer le diagnostic histologique.

- Dans la première phase — artérielle — on voit les vaisseaux en trame réticulée.
- Dans la phase capillaire, la configuration change vers une tache vasculaire plus homogène qui se continue dans la phase veineuse.
- A aucun moment, dans l'étude des clichés sériés, n'apparaît un drainage veineux précoce.

c) L'étude détaillée des vaisseaux nourriciers de la tumeur peut être entreprise. L'artériographie permet d'en préciser l'origine.

L'artère carotide externe est l'artère nourricière principale de la tumeur, mais dans tous les cas, l'artère carotide interne, par l'intermédiaire de branches collatérales, en vascularise une partie. (A. THIBAUT et SCHIFF)

A partir du système carotidien externe, la plus grosse contribution est fournie par l'artère maxillaire interne habituellement dilatée et déplacée latéralement.

A partir du système carotidien interne, ce sont : l'artère ophtalmique, des branches vestigiales de la partie intra-caverneuse du syphon carotidien - des branches sphénoïdales hypertrophiées de la carotide interne, toutes ces branches contribuant indiscutablement à la difficulté du contrôle de l'hémorragie per-opératoire.

Le flux sanguin se distribue dans la trame vasculo-tumorale de la même manière, qu'il s'agisse d'une artériographie de la carotide externe ou interne.

Si on fait une artériographie carotidienne bilatérale, on peut s'apercevoir qu'il y a une irrigation par le côté opposé.

Si la tumeur s'étend (dans les cas importants), en dehors et en arrière vers la région cervicale, une artériographie vertébrale peut être demandée, car on peut concevoir que des branches musculaires de cette artère peuvent contribuer à irriguer la tumeur.

2°) RENSEIGNEMENTS TUMORAUX.

Dans tous les cas, la nature angiomateuse de la tumeur est démontrée par l'artériographie. Cette nouvelle technique permet un diagnostic radiologique de la tumeur.

3°) RENSEIGNEMENTS

SUR LES PROLONGEMENTS.

Dans 3 cas, dont 2 récidives, cités par THIBAUT, où l'artériographie carotidienne a été faite, elle a démontré chaque fois l'extension intra-crânienne de la lésion.

Dans les deux récidives, elle n'a fait que confirmer une présomption retirée des examens directs, mais dans le troisième cas, cette précision doit être considérée comme un apport supplémentaire aux examens directs puisque aucune lésion destructrice de l'étage moyen n'était démontrée.

La confrontation des examens directs et des examens angiographiques permet donc de considérer que les angiofibromes du cavum se comportent comme les tumeurs malignes en ce qui concerne leur mode d'invasion de la base du crâne. Ou bien, ils suivent les orifices préformés : fente sphénoïdale, trou déchiré antérieur, gouttière carotidienne (MARTIN et BLADY, 1940), ou traversent directement les os de la base en les érodant.

V. - CONCLUSIONS.

LA RADIOGRAPHIE :

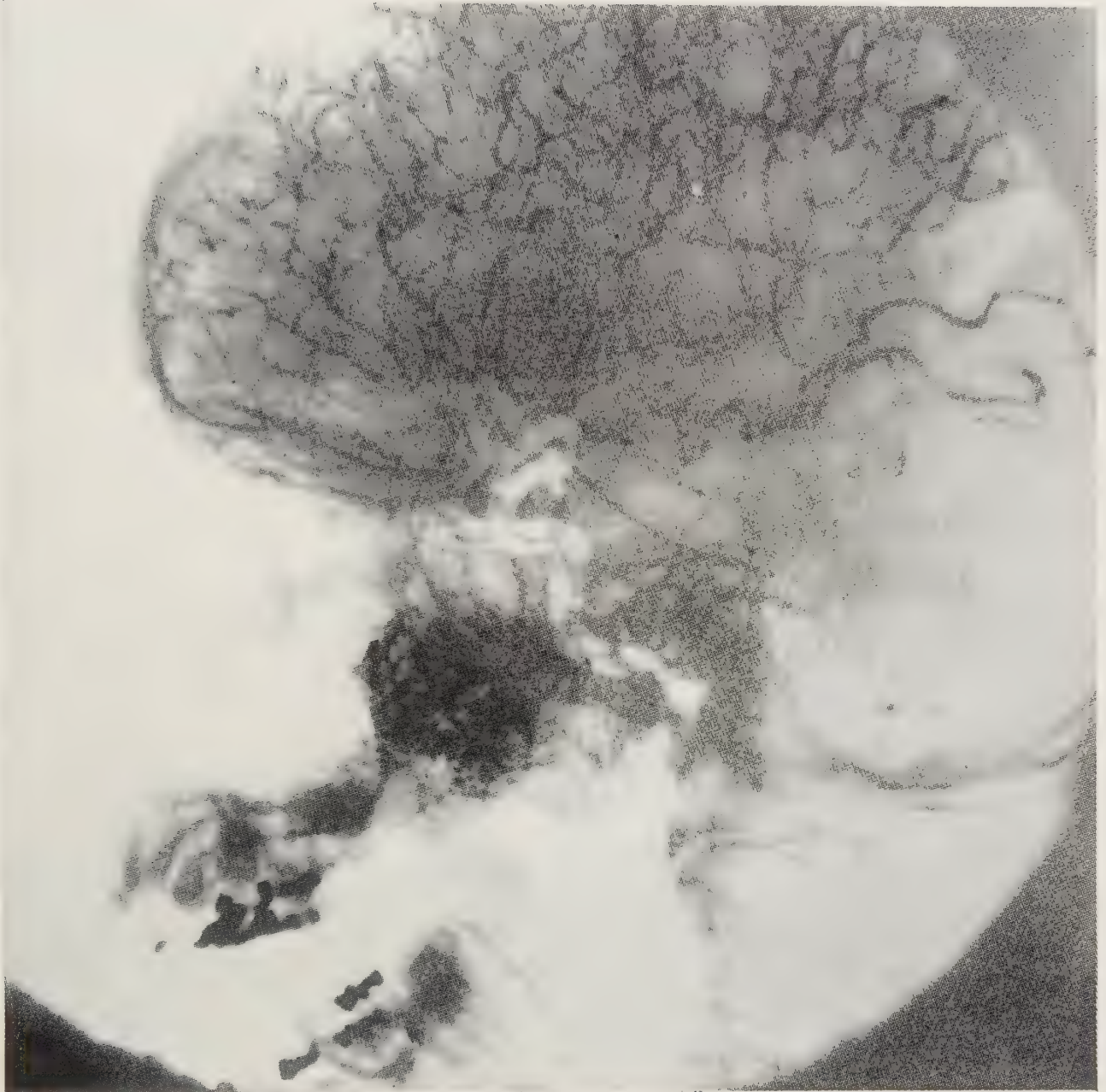
Dans la moitié des cas, le diagnostic radiologique des prolongements tumoraux a été réalisé — et vérifié —

Le problème d'opacités réactionnelles ne se pose en fait que pour le sinus maxillaire. Les ombres ptérygo-maxillaires ont toujours été retrouvées sous forme de prolongements tumoraux.

Le diagnostic radiologique de l'insertion pédiculaire n'est pas, dans la grande majorité des cas, réalisable.

L'absence d'opacité ne doit jamais empêcher la recherche des prolongements à l'opération, ni de faire une révision aussi soignée que possible de la cavité.

C'est ce qui conditionne en grande partie l'intérêt relatif de la radiographie classique.



Angiographie d'un fibrome naso-pharyngien

L'ANGIOGRAPHIE :

Si on admet que l'angiographie est un examen non dangereux — chez ces jeunes enfants — on peut la pratiquer avant l'intervention.

Effectivement, avant l'opération, on peut voir les tenants et aboutissants de la tumeur grâce à son squelette vasculaire.

Elle peut mettre en évidence des prolongements intra-crâniens de la lésion, qui ne peuvent être décelés autrement.

Elle montre la branche artérielle nourricière principale. C'est une aide supplémentaire pour cerner le problème des récidives qui repousseraient de fragments laissés in situ (partie de la tumeur qui reste à l'intérieur du crâne ou dans les orifices de la base).



LES AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1°) L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE.

Il est demandé systématiquement par LE-ROUX-ROBERT et LEMARIEY.

Il ne montre pas d'anomalies : ni motrices, ni papillaires, ni du champ visuel.

Des manifestations oculaires ont pu être observées :

- exophtalmie,
- stase papillaire,
- scotome central,
- paralysies.

Elles ne l'ont été que lors des récidives et toujours en cas d'extension tumorale particulièrement importante.

2°) L'EXAMEN HORMONAL.

Pratiquement, il n'a jamais été fait. Parfois, on rencontre une demande de dosage des 17 Cétostéroïdes : Normaux.

3°) L'EXAMEN HEMATOLOGIQUE.

- Temps de saignement
- Temps de coagulation
- Numération-formule
- Groupe.

Signalons qu'en dehors d'une anémie, d'une hyperleucocytose possibles, il est normal.

Pas de troubles de la crase sanguine.

Nous n'insisterons pas. Capital, il est toujours fait.



THEORIES PATHOGENIQUES

S'il existe plusieurs théories, c'est qu'aucune d'entre elles ne donne entièrement satisfaction.

I. - LES THEORIES CONGENITALES :

- 1°) Des troubles d'ossification des os de la base du crâne et du fibro-cartilage embryonnaire, l'ossification étant plus prolongée chez le garçon que chez la fille (Bensch).
- 2°) Hyper-activité du périoste, ce qui pourrait expliquer l'arrêt du développement de la tumeur quand le rôle du périoste est terminé après la croissance (Gosselin - Goldsmith).
- 3°) Une activité plus grande chez le garçon du revêtement fertile du squelette péri-choanal (J.-R. Pierre).

II. - LA THEORIE INFLAMMATOIRE :

La différence de fréquence de la maladie entre campagnards et citadins semble laisser supposer l'existence de facteurs inflammatoires indétectés.

III. - LA THEORIE HORMONALE :

Pourquoi une théorie hormonale ?

- La maladie ne se voit que chez les garçons.
- Elle se déclare aux alentours de la puberté :
 - le nombre de cas constatés après cette période est infime.
 - ils ont alors un potentiel évolutif moindre.
- Ces deux facteurs font penser à une maladie en rapport avec les hormones sexuelles.

Au départ, les **difficultés** viennent de ce que les troubles hormonaux — si troubles hormonaux il y a — sont de toute façon mineurs, les troubles glandulaires cliniques recherchés chez ces jeunes gens sont pratiquement inexistantes :

- dans notre série, tellement même qu'ils n'ont pas incité les auteurs à faire des recherches biologiques complètes à visée systématique ;
- Les enfants traités chirurgicalement — sans hormones — ont eu un développement tout à fait normal et sont devenus de bons pères de famille.
- L'âge de la puberté masculine étant physiologiquement variable (hérédité, etc...). A l'époque d'apparition du fibrome, on ne peut encore parler d'écart pathologique.

1°) PATHOGENIE « ANDROGENIQUE » :

Elle résulte de l'initiative d'un traitement par **hormones mâles** prise il y a déjà longtemps. (On en retrouve trace dans un rapport de BOEDTS en 1940 par exemple).

Ce traitement a donné quelques résultats favorables, mais très imparfaits. On a admis **dès lors** que la maladie était due à une **déficience** en androgènes.

Comment a-t-on intégré les quelques résultats pratiques dans une théorie ?

Nous reprendrons ici les termes de TER-RACOL :

« Le fibrome saignant de la puberté masculine est une tumeur fibreuse en pleine phase vasculaire. Les androgènes agissent sur les éléments vasculaires et par conséquent ont tendance à faire diminuer la tumeur en la faisant passer au stade fibreux. »

Il est démontré biologiquement (?) que la déficience en androgènes chez ces malades est le résultat d'une hyperproduction d'hormones œstro-



Répartition des Cas en fonction des Origines Géographiques.

gènes, et que cette dernière hyperproduction a pour effet la dilatation vasculaire, celle-ci disparaissant sous l'action des substances androgènes.

Cette dilatation vasculaire est appréciable en particulier au niveau de la muqueuse pituitaire, ainsi que le prouvent les épistaxis faciles dans les états d'hyperovarie avec hyperfolliculinémie.

Une production locale d'acétylcholine se ferait sous l'influence des substances œstrogènes (Reynolds et Forster).

L'augmentation des hormones testiculaires et la diminution des œstrogènes diminuent la vascularisation de la muqueuse pituitaire. Les modifications vasculaires de la pituitaire sous l'influence des hormones sexuelles ont conduit automatiquement à rechercher une dysendocrinie dans le déterminisme ou tout au moins l'évolution du fibrome naso-pharyngien : **une défaillance de l'hormone mâle.** »

2°) PATHOGENIE « STIMULINIQUE » :

SCHIFF présente en 1959 un autre ensemble théorique.

En résumé : les éléments des tissus fibro-vasculaires réagissent sous l'action des stimulines hypophysaires, et plus précisément des gonadostimulines.

(Pour lui, c'est une hyperproduction de gonadotrophines hypophysaires résultant d'un léger état hypogonadique).

Partant de ce principe, il cherche quels sont les corps qui peuvent inhiber ces gonadotrophines. Eh bien, il s'agit à la fois des **androgènes** et des **œstrogènes**.

- L'action des androgènes est bien connue, puisque c'est elle qui a donné naissance à la théorie précédemment citée (DELARUE).

- L'action des œstrogènes est à étudier : Ils seraient beaucoup plus actifs que les androgènes (SCHIFF).

« Non seulement ils inhibent les stimulines comme les androgènes, mais ils ont en plus une action directe sur le tissu conjonctif et les vaisseaux capillaires. Ils mûrissent le tissu conjonctif fibreux de la tumeur — Observations microscopiques à l'appui — ».

L'action des œstrogènes sur le fibroblaste isolé a été présentée en 1964 par OZELLO. Cette action est un apport supplémentaire à cette théorie.

Confirmation thérapeutique est retrouvée toujours par SCHIFF en 1959 :

2 cas de fibrome naso-pharyngien traités par androgènes, et

2 cas traités par œstrogènes.

Il trouve un effet beaucoup plus important du traitement œstrogénique, à la fois sur la taille de la tumeur, la maturation de ses tissus et la diminution de sa tendance hémorragique.

Il a depuis (février 1966) une expérience probante sur 6 cas traités par œstrogènes en pré-opératoire. A chaque fois, le saignement a été inférieur à 500 cc et la tumeur était particulièrement mature.

JOHNSEN et KLOSTER publient un cas supplémentaire intéressant, puisque le malade a d'abord été traité par androgènes, puis par œstrogènes :

« Comme traitement pré-opératoire, le patient reçut 25 mg de testostérone par jour pendant 6 semaines.

Des rhinoscopies répétées montrent que la tumeur grossit. Une nouvelle angiographie carotidienne montre que c'est exact. Le traitement est interrompu.

Deux mois plus tard, la thérapie hormonale redémarre. Nous donnons 5 mg de stilbœstrol 3 fois par jour pendant 4 semaines.

Durant ce traitement, la taille de la tumeur diminue indiscutablement. Sa consistance devient plus dure et sa couleur plus blanchâtre. Le passage de l'air redevient possible et il n'y a plus de saignement... »

Cette tumeur fut enlevée chirurgicalement, le saignement inférieur à 600 cc.

Deux examens histologiques avaient été faits : un avant le traitement hormonal, l'autre après.

« Le tissu de la tumeur était plus mature, considérant à la fois son aspect angiomateux et son aspect fibreux, après l'hormonothérapie qu'avant. Ce changement a pu arriver spontanément. Nous avons donné, dans une première période, de la testostérone, et dans une autre des œstrogènes.

Une biopsie après la fin de la thérapie androgénique aurait naturellement été intéressante. Nous n'avons pas voulu exposer le malade aux risques hémorragiques d'une biopsie supplémentaire. Cependant, en jugeant à partir des altérations macroscopiques, nous pensons que l'œstrogénothérapie fut décisive.

Cette opinion est étayée par les angiographies qui montrent que la tumeur a grossi durant la thérapie androgénique. »

ANDRE a traité aussi un malade de cette façon.

Nous citons :

« Je traite depuis cinq ans un jeune rural de la Nièvre que j'ai vu à l'âge de 18 ans, parfaitement pubère, porteur d'un très gros fibrome naso-pharyngien...

J'ai fait une **éradication complète** sans morcellement, et dans les deux mois il a récidivé sous forme d'un fibrome diffus, envahissant tout le cavum, envahissant la fosse nasale, le sphénoïde.

Je suis réintervenue et j'ai enlevé tout ce que j'ai pu de cette fibrose. Et dans les deux mois qui ont suivi il a de nouveau récidivé.

Ce malade avait par ailleurs une protrusion importante du globe et un œil pratiquement perdu. La masse refoulait la selle turcique, envahissant tout le cavum, et probablement une partie de l'étage antérieur de la base du crâne. Les 17 céstostéroïdes étaient absolument normaux. Il n'était pas question d'envisager de faire une thérapeutique hormonale par androgènes.

En partant du fait qu'il n'y a pas de fibrome naso-pharyngien chez les filles, nous avons eu l'idée avec mon assistant, d'instituer un traitement par œtrogènes. Alors que sa fibromatose évoluait d'une manière galopante — c'était tout à fait empirique ce que je proposais là — nous avons été surpris de constater une diminution progressive de la masse, au point que maintenant la fosse nasale permet une certaine respiration, que la protrusion de l'œil est nettement moindre et que le visage est redevenu pratiquement normal.

J'ajoute que la conséquence de cette thérapeutique a été l'apparition de jolis petits seins, la disparition de toute libido, la réforme au service militaire. Ce garçon travaille, est heureux, et pour

l'instant nous persistons à lui donner des œstrogènes de manière continue.

Quant à faire une irradiation au cobalt chez un jeune sujet, même pour un fibrome naso-pharyngien qui n'aurait pas cette extension, personnellement je me refuse à le faire étant donné les risques de radio cancers secondaires.

J'ai tout de même trouvé deux ou trois sarcomes du massif facial, du maxillaire supérieur, post-radiothérapie de neuro-fibromatose (appelation américaine du fibrome naso-pharyngien). »

3°) LES EXPLORATIONS BIOLOGIQUES :

Il est difficile de trouver des **séries** d'examen biologiques sur porteurs de fibromes naso-pharyngiens. Nous en transcrivons deux :

La Première (L. CARBONARA - F. SALONNA) :

Dosages, chez 4 sujets atteints de fibrome naso-pharyngien, âgés de 16 à 19 ans, des :

- 1 - Gonado-stimulines hypophysaires, par la méthode de SOSKIN. Valeur normale entre 40 et 90 unités.
- 2 - 17 Céstostéroïdes, par la méthode de ZIMMERMANN, modifiée DREKTER. Valeur normale : 12-20 mg dus pour 2/3 aux surrénales, pour 1/3 aux testicules.
- 3 - 11 Oxystéroïdes, par la méthode de TALBOT, modifiée HEMPHYLL. Valeur normale 2-4 mg.
- 4 - Phénolstéroïdes, essentiellement les dérivés surrénaux et gonadiques, par la méthode de JAYLE. Valeur normale : 14-26 gammas.
- 5 - Prégnane-stéroïdes, des dérivés surrénaux, par la méthode de SOMMERVILLE. Valeur normale : 0,70-0,95 mg.

Résultats reportés dans le tableau ci-dessous :

	17 Céto-Stéroïdes Mgs.	11 Oxy-Stéroïdes Mgs.	Gonado-Stimulines Unités	Phénol-Stéroïdes Gammas	Prégnane-Stéroïdes Mgs.
B. PASQUALE	17,86	2,15	97	18	0,91
M. GIUSEPPE	19,30	2,48	119	23	0,78
S. ANTONIO	20,71	2,38	115	14	0,84
C. DOMENICO	19,30	2,75	104	22	0,72

L'excrétion urinaire des gonado-stimulines a présenté une augmentation, alors que les valeurs des autres fractions hormonales n'ont pas dépassé les normes de variabilité physiologique.

La Deuxième (S. KARATAY, S. KATIRCIOGLU et O. EROZDEN) :

Les explorations ont porté sur 7 cas :

- 1 - Les 17 Céto et les 17 O.H. sont abaissés ;
- 2 - Les taux de folliculine sont augmentés (Méthode de JAYLE et Coll.) : Taux normaux :
0 à 7 gammas dans l'âge pré-pubertaire,
5 à 15 gammas dans la puberté,
10 à 25 gammas chez les adultes.

Dans la série des malades, ils ont atteint respectivement : 47 - 28 - 30 - 35 et 27 gammas.

- 3 - Exploration du cortex surrénalien au point de vue glycocorticoïdes et minéralo-corticoïdes :

Diminution également des fonctions :

Pour la première, mesurée par la glycémie, légère hypoglycémie.

Pour la seconde, par le taux du sodium à la spectrophotométrie : 2/3 de la normale.

Ces recherches biologiques sur cette 2ème série montrent globalement une **baisse de l'activité surrénale**.

● **Le premier intérêt** est que certains tests complémentaires ont été pratiqués :

Test dynamique à l'A.C.T.H. : les 17 céto-stéroïdes et les 17 O.H. remontent par la stimulation : il n'y a donc pas d'atteinte surrénalienne, mais une **atteinte de la commande**.

● **Le deuxième intérêt** est dû aux fonctions hypophysaires qui ont été étudiées en supplément.

a) Le métabolisme basal :

Dans les 7 cas, les auteurs ont trouvé une hypothyroïdie :

— 10 %, — 7 %, — 5 %, — 6 %, — 11 %, — 23 %, — 12 %.

C'est une exploration indirecte de la thyrréostimuline : Hypothyrréostimulinémie.

Les contrôles audiométriques montrent toujours une certaine perte de l'audition, plus marquée dans les tons aigus. Le degré de la perte

est parallèle au degré de l'hypothyroïdie, comme le montrent leurs audiogrammes.

b) L'hormone somatotrope :

Sa production a été appréciée par le développement général physique des malades. D'une manière clinique, les auteurs les trouvent **globalement** sous-développés (avec un hypogonadisme parallèle), ce qui est attribué à une déficience d'hormone somatotrope.

En résumé, dans cette deuxième série, il existe une insuffisance fonctionnelle du lobe antérieur hypophysaire. Cette insuffisance fonctionnelle réagit sur le cortex surrénalien, la thyroïde, le développement physique, les gonades.

4°) CONCLUSIONS :

Lorsque les recherches biologiques sont faites, il semble bien qu'il existe un trouble de la commande hypophysaire.

Dans la première série, les troubles ne portent que sur les gonado-stimulines.

Dans le deuxième cas, il semble bien que le trouble anti-hypophysaire soit global, portant sur toutes les stimulines.

Ce trouble de la commande hypophysaire est attribué en général à un hypogonadisme.

Peut-on garder cette hypothèse ?

L'hypogonadisme n'est-il pas en fait la résultante du trouble hypophysaire ? Est-il primaire ? Est-il secondaire ?

Primaire : Il peut s'agir d'un trouble du récepteur. Le testicule ne répond pas ou mal, à des stimulines normales qui augmentent par le mécanisme bien connu du feedback.

Secondaire : Il peut s'agir d'un trouble de l'hormonogénèse hypophysaire : L'augmentation du taux des stimulines ne traduit qu'une absence de réponse de la part d'un testicule normal, à des stimulines non efficaces. (Un mécanisme analogue se rencontre dans certains types d'hypothyroïdie, par troubles de l'hormonogénèse. L'hormone est inefficace biologiquement par altération de sa structure).

Si l'on veut expliquer le fibrome naso-pharyngien par une théorie hormonale, les troubles ne doivent plus être envisagés au seul niveau du testicule, mais être étudiés comme un dysfonctionnement du couple gonado-hypophysaire, et même diencéphalo-hypophyso-gonadique.

Il reste un point de détail.

Pourquoi n'existe-t-il pas de fibrome naso-pharyngien chez les filles ? Elles devraient en présenter beaucoup ! (Hypo-Androgénie).

Une explication est donnée par la théorie de SCHIFF :

« L'absence de fibrome naso-pharyngien chez les filles est bien le reflet de l'efficacité plus forte des œstrogènes (effet indirect et direct). Ce

trouble hormonal mineur ne pourra donc pas se révéler ».

Pour en terminer avec la théorie hormonale, il reste à envisager le **rôle du thymus** : l'involution du fibrome survient à l'âge où le thymus disparaît également.

L'action du thymus reste encore à élucider. Il ne s'agit que d'une hypothèse liée à son rôle ostéogénique. Or, le fibrome naso-pharyngien peut être considéré comme développé à partir d'une zone atteinte d'altérations ostéogéniques (Delarue).



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le fibrome naso-pharyngien, contrairement à l'opinion de Nélaton, n'est pas développé aux dépens du trousseau fibreux qui tapisse et débord l'apophyse basilaire. C'est une tumeur **d'insertion péri-choanale**, essentiellement sphénoïdale.

Elle naît le plus souvent sur le bord supéro-externe du cadre choanal, parfois sur la face antérieure du corps du sphénoïde, ou dans le sinus sphénoïdal, parfois enfin sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde. Ces insertions différentes régissent en grande part l'orientation évolutive de la tumeur.

Le fibrome est inséré par un pédicule large, trapu, dont les fibres sont si adhérentes, si intriquées avec le périoste, qu'on ne parvient à arracher la tumeur qu'au prix d'un violent effort, emportant souvent parmi les trousseaux fibreux dilacérés, quelque spicule osseuse.

La tumeur lisse, arrondie ou grossièrement lobulée, présente une coloration lilas, plus rarement rouge sombre. Sa consistance est ferme, mais sans dureté ligneuse ; à la différence des polypes de Killian même fibrosés, le fibrome vrai est incompressible et dépourvu de mobilité.

D'abord libre au plafond antérieur du cavum, le fibrome au fur et à mesure de son développement s'y enclave et pousse des prolongements dans les cavités avoisinantes. Ainsi se trouvent envahis, suivant l'orientation évolutive de la tumeur :

— en avant les fosses nasales, l'ethmoïde postérieur, le sinus maxillaire ;

— en dehors l'arrière-fond ptérygo-maxillaire, l'orbite, la fosse temporo-maxillaire. D'arrondie qu'elle était au début, la tumeur prend alors un aspect irrégulièrement et grossièrement ramifié, assez analogue au tubercule du topinambour.

Dans sa progression excentrique invincible, le fibrome refoule, érode tout obstacle rencontré, mais il n'infiltré pas ; il n'ulcère pas ; il ne mé-

tastase pas : c'est une tumeur histologiquement bénigne.

Le fibrome enfin, agissant ainsi qu'un véritable corps étranger, entraîne des phénomènes irritatifs et une infection subaiguë de voisinage dont les cavités pneumatiques de la face et l'oreille moyenne sont les premières victimes.

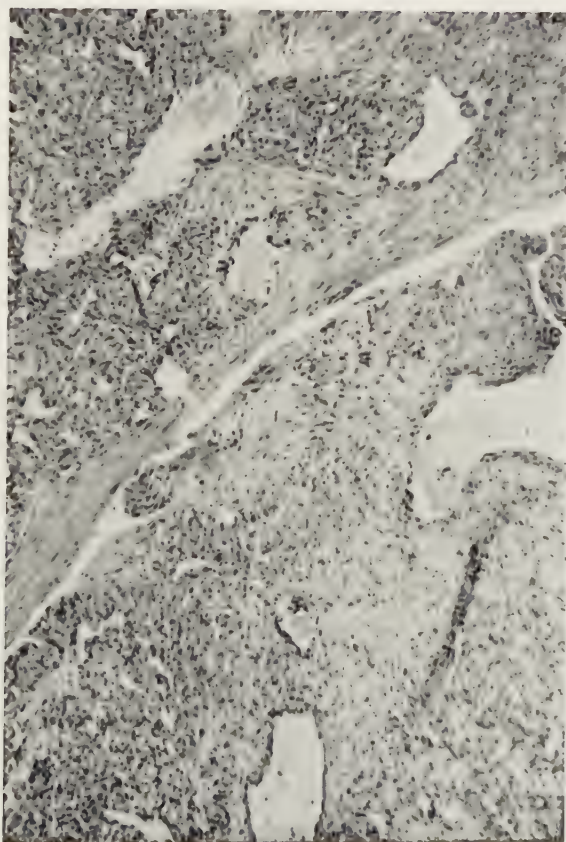
HISTOLOGIQUEMENT, la tumeur se présente, non comme un de ces fibro-myomes que l'on observe au niveau de l'utérus, mais comme un **fibrome pur** : c'est une néo-formation tissulaire, faite de cellules conjonctives typiques (fibroblastes), et de fibres au niveau desquelles les colorations électives (Mallory, Masson, Van Gieson) mettent en valeur la substance fondamentale pathognomonique du fibrome, le **collagène**.

Le tissu fibreux affecte par ailleurs une architecture caractéristique avec sa disposition en **faisceaux** denses, allongés parallèlement, intriqués les uns avec les autres et tourbillonnants.

L'aspect microscopique varie cependant suivant la tumeur et suivant l'âge des portions soumises à l'examen. PIERRE a mis remarquablement en valeur ce polymorphisme du fibrome qui fut à l'origine de tant d'interprétations histologiques erronées.

A côté de **plages de tissu conjonctif adulte**, aux cellules rares, allongées, fusiformes, étranglées entre des faisceaux denses de collagène, on rencontre, le plus souvent au voisinage du pédicule, des **plages de tissu jeune** (aspect de pseudomyxome).

C'est ainsi que l'on peut noter l'existence de cellules volumineuses, rondes, à protoplasma clair et à noyau central. Ailleurs et le plus souvent, les cellules sont étoilées et de nombreux prolongements protoplasmiques s'épanouissent dans la substance fondamentale environnante. Il n'est pas rare enfin d'observer des cellules généralement étoilées qui possèdent des noyaux volumineux, voire monstrueux. En réalité, ces zones jeunes, fertiles, du fibrome ne présentent à un examen



attentif aucune image de malignité : les cellules y conservent un caractère typique, quant à leur volume, quant à leur cytoplasme nucléaire, quant à leur mode de reproduction ; il en va de même des dispositions architecturales de l'ensemble qui ne sont nullement anarchiques : le fibrome, à la différence du sarcome, présente une trame de soutien persistante entre ses amas cellulaires, et les vaisseaux sont limités, sinon par une adventice, du moins par un endothélium, si mince soit-il, qui sépare les cellules néo-formées du sang circulant.

— En opposition avec ces zones jeunes, le fibrome présente des plages vieillissantes, où les cellules se raréfient, s'atrophient, disparaissent, où de vastes étendues de collagène uniforme revêtent un aspect pseudo-hyalin (dégénérescence fibrinoïde).

A ces divers aspects qui sont fonction de l'âge du tissu tumoral se surajoutent des modifications, relevant de l'infection subaiguë dont la périphérie du fibrome est le siège, tant au niveau du cavum que des prolongements naso-sinusiens. Les faisceaux fibreux en ces plages infectées sont dissociés par l'œdème, tandis que le long des vaisseaux et sous l'épithélium de revêtement plus ou moins altéré, s'infiltrant des leucocytes et des plasmocytes migrants. Ces lésions inflammatoires peuvent aboutir à des foyers de nécrose plus ou moins diffus qui sont responsables d'ulcérations superficielles, d'adhérences secondaires de voisinage et de ces épistaxis spontanées, si caractéristiques du fibrome naso-pharyngien.

HISTOLOGIE TOPOGRAPHIQUE

DES FIBROMES NASO-PHARYNGIENS.

Il est curieux de constater que, si les diverses structures que nous venons de décrire peuvent s'observer à n'importe quel niveau de la tumeur, il est fréquent de rencontrer en une région donnée une structure particulière.

C'est ainsi que la périphérie et les prolongements des fibromes naso-pharyngiens sont surtout de type myxoïde ; ces constatations sont particulièrement valables en ce qui concerne les prolongements endocavitaires de la tumeur. Cependant, il convient de remarquer que, généralement, la portion endo-pharyngée conserve une structure assez typique de fibrome.

Au centre il est fréquent d'observer également des plages myxoïdes mais aussi des régions dans lesquelles l'aspect de fibrome est particulièrement net.

Le pédicule répond essentiellement à une structure fibreuse et c'est là que s'observent les images de fibrome presque pur. En fait, cette distinction adoptée par plusieurs auteurs est peut-être trop schématique. Si les variations topographiques que nous avons rapportées correspondent à des faits indiscutables, il faut savoir qu'en toutes les régions de la tumeur toutes les structures peuvent s'observer. Il serait plus exact de dire que la structure d'un fibrome naso-pharyngien varie davantage avec la tumeur qu'avec la région considérée. Il est en effet des tumeurs constituées en grande partie par un tissu myxoïde alors que d'autres répondent essentiellement à une structure de fibrome.

Ces constatations, dont l'importance ne saurait être assez soulignée, expliquent les erreurs d'interprétation qui peuvent survenir lors de l'examen d'un prélèvement trop fragmentaire ou trop superficiel.

LE REVETEMENT

DES FIBROMES NASO-PHARYNGIENS.

La nature du revêtement des fibromes naso-pharyngiens est extrêmement variable d'une région à l'autre et d'une tumeur à l'autre.

Dans certains cas, persiste un épithélium de surface. Il s'agit alors d'un revêtement de type cylindrique cilié dans les fosses nasales, ou malpighien dans le pharynx ; mais la portion nasale de la tumeur peut être revêtue d'un épithélium en métaplasie malpighienne.

La région sous-épithéliale est souvent constituée par une zone myxoïde qui encercle un fibrome plus ou moins pur. Une inflammation habituellement modérée se reconnaît d'autre part dans cette région sous l'aspect d'une infiltration de cellules rondes.

Bien souvent, l'épithélium a disparu. On peut voir alors en surface tantôt une ulcération à fond fibrino-purulent, tantôt un tissu de granulation. Il n'est pas rare de constater enfin à la périphérie de la tumeur l'existence d'une zone plus ou moins étendue de nécrose homogène.

LA VASCULARISATION

DES FIBROMES NASO-PHARYNGIENS.

La vascularisation des fibromes naso-pharyngiens est si importante que l'on pourrait presque considérer ces tumeurs comme des tumeurs vasculaires.

Deux sortes de vaisseaux peuvent s'y rencontrer : des lacunes vasculaires et des vaisseaux à paroi musculaire.

a) Les lacunes vasculaires.

Le plus souvent leur aspect est celui de lacunes étoilées, largement ouvertes et bordées par un endothélium aplati. De vastes cavités à paroi fibreuse, analogues à celle que l'on observe dans les angiomes caverneux peuvent également être observées. Il n'est pas rare enfin de rencontrer de nombreux capillaires de très petit calibre à lumière presque virtuelle. Aucun de ces vaisseaux ne possède une paroi musculaire propre.

De même que la structure des fibromes nasopharyngiens, la répartition des différents types de lacunes vasculaires varie avec la région considérée. On ne peut s'étonner de ce que les capillaires s'observent surtout en surface, dans la région sous-épithéliale ; les larges fentes étoilées se rencontrent principalement au centre et les cavités à paroi fibreuse sont nombreuses dans les pédicules.

b) Les vaisseaux à paroi musculaire.

Les coupes multiples que nous avons pratiquées d'un certain nombre de fibromes nasopharyngiens nous ont montré, que, outre les lacunes vasculaires bien décrites par certains auteurs, on peut observer d'autres types de vaisseaux.

Il nous a souvent été possible, en effet, de mettre en évidence le pédicule artériel de la tumeur, constitué par des vaisseaux à endothélium aplati et à paroi musculaire épaisse. Ces petites artères se divisent en plusieurs branches qui créent, à l'intérieur de la tumeur, autant de segments distincts. Dans chacun de ceux-ci nous avons vu quelques-uns de ces vaisseaux à paroi musculaire en continuité avec les lacunes vasculaires.

Mais les artères, avant de pénétrer dans le segment de la tumeur qu'elles vont irriguer, présentent un renflement bien connu sous le nom de segment d'arrêt. On sait que le segment d'arrêt est constitué par une couche de fibres musculaires circulaires doublées en dedans d'un coussinet de fibres musculaires longitudinales. Ces dispositifs, à commande nerveuse, ont pour rôle essentiel d'ouvrir et de fermer alternativement la lumière des vaisseaux.



METHODES THERAPEUTIQUES

La notion de régression spontanée du fibrome est classique depuis SEBILEAU :

« Interne chez VERNEUIL, il y avait dans le service un infirmier qui avait été opéré d'un fibrome naso-pharyngien. Il avait une récurrence et refusait de se faire réopérer. Monsieur VERNEUIL touchait la récurrence avec un peu d'acide chromique.

Sébileau raconte qu'il a vu, de ses yeux vu, le fibrome disparaître ».

De toute façon, cette régression est exceptionnelle, **elle le restera** puisque, quelle que soit la méthode envisagée, le fibrome naso-pharyngien, dès ses premières manifestations cliniques, est traité activement chez nous.

L'abstentionnisme thérapeutique sous forme « d'attente surveillée » n'est pas de règle. MANSFIELD (U.S.A.), sur une quarantaine de malades, a cependant noté une régression spontanée, chez 5 malades qui avaient une tumeur persistant après le traitement initial. Cependant, il estime que « l'attente surveillée » ne peut pas être érigée comme une forme de traitement.

I. - L'HORMONOTHERAPIE

Elle découle des données pathogéniques précédemment exposées.

SON BUT :

- 1) Préparer éventuellement l'intervention chirurgicale et la rendre moins hémorragique ;
- 2) But idéal, éviter celle-ci par régression, puis disparition hormono-thérapeutique du fibrome.

L'hormonothérapie peut être employée **en association** avec une deuxième méthode : les Radiations.

L'ANDROGENOTHERAPIE :

On dispose de deux procédés pour hâter l'installation de la puberté (CAMUS) :

- 1°) Par administration d'hormones chorales,
- 2°) Fournir à l'organisme de la testostérone.

Dans les deux cas, on détermine l'apparition et le développement des caractères sexuels primaires et secondaires, une poussée de croissance avec augmentation parallèle du poids, et enfin maturation tissulaire dont témoignent les études radiologiques du squelette.

Théoriquement, il est préférable de recourir à l'hormone chorale de façon à développer les structures histologiques du testicule et à imiter le plus possible le mécanisme physiologique naturel. En fait, la maturation tissulaire qui reste le phénomène essentiel est comparable quel que soit le moyen employé et après arrêt du traitement, le relais hypophyso-testiculaire s'établit aussi bien avec le sel de testostérone qu'avec l'hormone chorale (J.-L. Camus).

Ce traitement n'est pourtant pas sans danger : un surdosage peut entraîner une atrophie testiculaire. On devra donc, en cours de traitement, surveiller le développement des caractères sexuels secondaires et se baser surtout sur le taux d'élimination urinaire des 17 cétostéroïdes.

Un tel traitement peut être utilisé chez des sujets de plus de 15 ans. Chez des sujets plus jeunes, il faudra être très prudent.

L'ŒSTROGENOTHERAPIE :

Elle peut se concevoir :

- 1) Sous forme de traitement d'attaque préopératoire : 5 mg de Stibœstrol 3 fois par jour pendant 4 semaines (Schiff, Johnsen, Kloster) ;
- 2) A titre permanent comme le fait ANDRE, toujours à fortes doses.

II. - LA RADIOTHERAPIE

SON BUT :

Comme pour l'hormonothérapie, les radiations ont été utilisées :

- 1°) à doses pré-opératoires pour réduire la tendance hémorragique ;
- 2°) à doses thérapeutiques, plus fortes, dans l'espoir d'obtenir la guérison.

1°) A VISEES PRE-OPERATOIRES :

En France, AUBIN, CLERC, LABAYLE, HUET, conseillent la radiothérapie avant l'opération.

Les rayons X sont préconisés pour leur **action vasculo-sclérosante**. C'est également le point de vue de LEROUX-ROBERT qui a employé cette méthode :

« Une dose semi-cancérocide est distribuée en trois semaines et l'intervention est pratiquée environ deux mois après. »

Le résultat sur l'hémorragie per-opératoire est loin d'être toujours obtenu.

2°) A VISEES THERAPEUTIQUES :

a) Les Radiations seules :

L'idée du traitement par radiations a été envisagée vers 1915 aux Etats-Unis (DELAVAN) (ou ailleurs, MARSCHIK, KRECKE, LEDERMANN).

Cette méthode n'ayant été qu'exceptionnellement employée en France (GUERRIER, Montpellier) les statistiques sont étrangères. La plus connue est celle de FIGI, à la « Mayo Clinic », étudiant 32 cas observés de 1910 à 1924.

Ces cas ont été traités exclusivement par le radium à l'aide de tubes ou d'aiguilles, ou par « grains » de Radon implantés dans le fibrome, chaque grain contenant 1 millicurie de Radon,

- soit par traitement unique,
- soit par 5 ou 6 traitements successifs répétés à deux ou trois mois d'intervalle. (New et Figi l'ont fait jusqu'à 9 fois chez le même sujet).

Six à sept grains sont mis en place à chaque séance, ce qui échelonne au total le traitement sur 18 mois environ.

L'avantage est l'absence de surveillance, puisque, après le troisième jour, l'activité du rayonnement est nulle et le grain peut être abandonné dans la tumeur. La chute accidentelle d'un grain

dans les voies digestives n'a pas d'effet fâcheux en raison de l'activité très limitée.

En 1957, Csilling a décrit un cas guéri par radiations. Le traitement a duré longtemps : environ 19 mois par le seul radium.

En 1958, la thèse de Feldman, faite à Montpellier dans le service du Professeur LAMARQUE, décrivait un cas traité par quatre implantations de grains de radon. La guérison obtenue paraissait être satisfaisante.

Le rayonnement Bêta et Gamma produit des effets comparables à ceux du radium.

GUERRIER, de Montpellier, emploie depuis peu de petits cylindres ($1,3 \times 4$ mm de long), **d'yttrium 90**. C'est l'application au fibrome nasopharyngien de la méthode de destruction hypophysaire.

5 à 10 grains, selon le volume de la tumeur, sont mis en place au moyen d'un trocart. Une radiographie de face et profil contrôle l'emplacement. L'hémorragie des ponctions est facilement jugulée.

b) Les Radiations + Hormones :

C'est la même attitude — conservatrice — que précédemment.

Un traitement hormonal est prescrit aux malades avant de les irradier. Statistiques de HAYES, MARTIN, EHRLICH et ABELS, qui, entre les années 1927 et 1946, ont soigné 29 cas au Memorial Hospital de New York.

L'irradiation est alors faite comme précédemment,

soit par radiothérapie conventionnelle par 3 champs :

2 externes de 1 500 r.

1 endo-buccal de 2 000 à 2 500 r.,

soit par implantation de grains de radon.

c) Les Radiations + diathermo-coagulation :

A partir de 1924, FIGI traite ses malades par irradiations et diathermo-coagulation.

La méthode diathermo-coagulation + radium est employée 17 fois parmi 42 malades (y compris les malades qui n'avaient pas été guéris dans les années précédentes) :

- 3 ne sont pas traités,
- 22 sont soignés par le radium exclusivement,
 - 1 par irradiation aux rayons X,
 - 2 par une diathermo-coagulation.

Les auteurs rapportent que, dans tous les cas traités, ils ont obtenu de bons résultats et n'ont pas eu de décès.

La durée du traitement par diathermo-coagulation et radium est d'environ dix mois.

d) Les Radiations + Chirurgie :

Dans leur troisième rapport datant de 1950, FIGI et DAVIS proposent le traitement par radium et chirurgie. Par une large voie d'abord vestibulaire, ils abordent la tumeur qu'ils détruisent par diathermo-coagulation et qu'ils irradient ensuite par le radium.

III. - LA CHIRURGIE

— C'est la méthode thérapeutique unanimement employée dans notre statistique.

La décrire ferait répétition avec le chapitre Traitement.

Ce que nous pouvons exposer ici, c'est l'optique dans laquelle sont traités les malades.

Si la tendance américaine semblait contraire au traitement chirurgical, l'attitude chez nous a toujours été franchement opératoire.

— Dans le détail : Si en Amérique l'idée directrice était de n'employer la chirurgie qu'en deuxième recours, après **échec** des traitements d'irradiation et hormonaux, chez nous ils ne sont employés qu'en dernier lieu, au moment où le problème chirurgical semble ne pas pouvoir être résolu.

Pour être justes, il faut signaler que des essais loyaux d'hormonothérapie **pré-première intervention** (Obs. 10 - 11 - 46) ont été réalisés : ils n'ont pas donné de résultats cliniques.

Mais jamais de radiothérapie à visée curatrice à ce moment-là.

LA CRYOCHIRURGIE (à titre anecdotique).

C'est l'ablation chirurgicale après congélation de la tumeur. (MANSFIELD)

Un abord chirurgical, une exposition adéquate du fibrome pour déterminer sa zone d'implantation sont essentiels pour pouvoir placer correctement le cryo-générateur.

L'application du froid — azote à — 190° — circulant dans le cryo-générateur, se fait pendant 8 minutes. Elle donne un bloc gelé, sphérique, dans ce tissu mou, d'approximativement 2 centimètres de diamètre.

L'intervention est faite sous hypotension contrôlée — Arfanad —. L'hypotension n'est pas considérée par les auteurs comme un facteur important dans le contrôle de l'hémorragie. (Comparaison avec leurs autres interventions pour fibromes).

Par application du froid, il n'y a pas eu d'hémorragie. La pièce est enlevée gelée ; la base d'implantation est gelée.

Le retour à une pression sanguine normale, après la congélation et l'éradication, ne produit aucun saignement post-opératoire.

Cette méthode a été utilisée, soit comme premier traitement, soit par nécessité, à la suite de thérapies par radiations, par électro-coagulation, par traitement endocrinien.

L'expérience des auteurs suggère que cette technique chirurgicale pourrait offrir certains avantages : solidification, démarcation, hémostase, cryodestruction des restes tumoraux éventuels.

La cryodestruction nécessite cependant une angiographie préalable pour déterminer les connexions vasculaires de la tumeur avec le système carotidien interne. La participation de ce dernier à l'irrigation tumorale ne doit pas être trop importante.

IV. - LA CHIMIOThÉRAPIE

En montrant la branche artérielle nourricière principale de ces tumeurs, l'angiographie de l'artère carotide externe permet l'application au fibrome naso-pharyngien des techniques de chimiothérapie par voie artérielle, du type anti-cancéreux. (STEHLIN et Coll. 1960, WOODHALL et Coll. 1919, CREECH et Coll. 1919)

3 cas ont été traités par perfusion intra-artérielle de moutarde à l'azote, sous conditionnement circulatoire normal. (P. DESAIVE)

Dans 2 des 3 cas, la récurrence ne se prêtait plus, de toute évidence, à un traitement chirurgical ou radiothérapique classique, en raison des traitements antérieurs et de l'extension très importante de la lésion. Les résultats ont été bons.

Nous laissons aux auteurs le soin de juger en effet si aucun autre traitement ne pouvait plus convenir. Faire des antimitotiques chez des adolescents ou des enfants pour une tumeur bénigne est en effet assez inhabituel. Dans notre série de 61 Observations, aucune n'a été à ce point désespérée.

PREMIER TRAITEMENT

A nos 61 fibromes naso-pharyngiens ont correspondu 61 interventions.

Le fibrome naso-pharyngien est dans nos régions une affection chirurgicale, **toujours chirurgicale**.

I. - LES PRECAUTIONS

PRE-OPERATOIRES

En dehors des examens complémentaires et de routine vus précédemment, impressionnés par l'énormité de la tumeur et sa tendance hémorragique, il arrive qu'on veuille lutter préventivement contre le saignement per-opératoire.

Pour ce faire, 4 moyens ont été employés :

- L'hormonothérapie,
- La transfusion pré-opératoire,
- La radiothérapie anti-hémorragique,
- La ligature de carotide externe.

1°) L'HORMONOTHERAPIE PAR ANDROGENES.

L'hormonothérapie pré-première-intervention a été bien négligée dans notre liste.

Dans la littérature :

- HUET signale un cas datant de 1954, montrant une disparition quasi totale de la tumeur. Son évolution ultérieure ne nous est pas connue.
- L'examen histologique d'un cas à l'Hôpital LARIBOISIERE, traité par hormonothérapie, a permis de noter des modifications microscopiques nettes sous l'influence du traitement hormonal :
 - métaplasie malpighienne très importante,

- disparition des granulomes sous-épithéliaux,
- épaississement important des vaisseaux qui se revêtent d'une musculature,

mais il n'y avait eu aucune modification clinique. (Annales O.R.L. avril-mai 1956).

- BOURGUET n'a fait aucun traitement hormonal, ses malades ayant tous atteint leur maturité sexuelle.
- DELARUE, BURGEAT, signalent l'action vasculo-sclérosante de l'hormonothérapie mâle.

Dans notre liste :

Obs. 10 et 11 : Démarrage d'un traitement hormonothérapique à l'entrée des enfants à l'hôpital. Le traitement est arrêté rapidement, n'ayant entraîné aucune amélioration clinique.

Les dosages des 17 cétostéroïdes étaient normaux.

Obs. 46 : Traitement par injection hebdomadaire de gonadotrophine chorionique 1 500 u. pendant 2 mois 1/2, et radiothérapie anti-inflammatoire.

Aucun arrêt du développement de la tumeur. L'enfant est adressé pour intervention.

L'Observation 46 a récidivé deux fois.

L'hormonothérapie n'est pas un élément important dans la préparation de l'acte opératoire.

2°) LA TRANSFUSION PRE-OPERATOIRE :

C'est une transfusion à visée hémostatique : 150 cc. la veille. Elle était demandée **systématiquement** par LEMARIEY (25 fois).

Son résultat ne peut être apprécié.

3°) LA RADIOTHERAPIE PRE-OPERATOIRE :

Préconisée par AUBIN, la radiothérapie pré-opératoire a été faite 7 fois.

— Elle est bien détaillée dans les observations de LEROUX-ROBERT. (Obs. 27 - 35 et 36) :

Obs. 27 : 4 600 r. (non récidivé)

» 35 : 600 r. (récidivé)

» 36 : 1 200 r. (récidivé)

Dans les autres Observations :

Obs. 14 : Quelques séances à visée anti-inflammatoire : Etait-ce une erreur de diagnostic avec des végétations adénoïdes rebelles ? (Non récidivé)

Obs. 22 : 6 séances de radiothérapie anti-inflammatoire. (Non récidivé)

Obs. 34 : Radiothérapie à dose semi-cancérogène. (Non récidivé, âge 28 ans)

Obs. 46 : Radiothérapie 1 200 r. + hormonothérapie. (Récidivé 2 fois)

4°) LA LIGATURE DE CAROTIDE EXTERNE :

La ligature de carotide externe, juste en pré-opératoire, a été faite 6 fois (Obs. 17 - 31 - 32 - 33 - 34 et 36). Dans l'Obs. 17 : ligature des deux carotides externes.

Il semble qu'elle n'ait pas eu d'influence sur le saignement per-opératoire : tantôt réduit, tantôt abondant ; mais il faut souligner les conditions dans lesquelles elle a été faite, uniquement sur le caractère hémorragique de la tumeur, et non pas sur l'appréciation de sa vascularisation. L'angiographie permettrait certainement d'expliquer cette variabilité et bien des échecs : il s'agirait dans ce cas de connexions vasculaires **importantes** avec le système carotidien interne — elles existent toujours, plus ou moins développées — voire en plus avec le système carotidien externe opposé.

En résumé, dans la grande majorité des cas, on s'attaque à la tumeur sans androgènes, sans radiothérapie, sans ligature de carotide externe.

En fait, on a nettement l'impression que de plus en plus les opérateurs mettent tous leurs espoirs dans **l'art des réanimateurs-transfuseurs**, en qui ils semblent avoir bien plus confiance qu'en leurs propres thérapeutiques pré-opératoires.

II. - L'ANESTHESIE

L'ANESTHESIE LOCO-REGIONALE

avec préparation de base.

La base : Phénergan, dolosal, largactyl.

Régionale tronculaire :

Infiltration du

Maxillaire supérieur à l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire par voie sous-zygomatique : 5 cc. de novocaïne à 5 %.

Filet ethmoïdal à l'arête supéro-interne de l'orbite : 2 cc.

Locale :

Infiltration de xylocaïne adrénalinée : 3 gouttes par cc.

Plan canin,

Cloison inter-sinuso nasale par voie endonasale,

Cornets.

L'anesthésie loco-régionale, chère à LEMARIEY, a été pratiquée par lui jusqu'en 1961.

LEROUX-ROBERT l'a abandonnée en 1952.

Elle est retrouvée 17 fois au total.

L'ANESTHESIE GENERALE AU RECTANOL :

A été pratiquée 2 fois (1942-1944) et abandonnée.

L'ANESTHESIE GENERALE AVEC INTUBATION

Maintenant avec R.P.R., comprenant 9 cas indiqués d'**hypotension contrôlée** (ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas eu plus).

A été pratiquée pour le reste des garçons.

III. - L'ACTE CHIRURGICAL LUI-MEME

1°) LA VOIE D'ABORD :

Il est devenu inutile de condamner les voies d'abord étroites — nasale et rétro-vélique — étant donné que personne ne les emploie.

L'intervention se fait toujours par une voie d'abord large.

Photo : Exposition du fibrome ➡



La voie sous-labiale de Denker, communément répandue à la suite de A. MOULONGUET, a toujours permis de réaliser cet accès suffisamment large. Il s'agit, soit d'un Rouge Denker, soit d'un Denker élargi.

Nous l'avons noté 45 fois.

Nous avons vu un cas où la voie a dû être doublée :

Dans un premier temps opératoire : Denker élargi,

Dans un deuxième temps : une incision transvélopalatine (Obs. 10)

la désinsertion de la tumeur adhérente à la colonne vertébrale n'ayant pu se faire par le Denker.

La voie Transvélopalatine : 4 fois.

Il est important de remarquer que les trois premières Observations 21, 24 et 25 dans lesquelles elle a été retrouvée, datent respectivement de 1942, 1944 et 1945.

La quatrième a été réalisée pour une **petite tumeur** en 1962 (Obs. 50).

La voie para-latéro-nasale : 5 fois (Obs. 35 - 36 - 46 - 47 et 61).

C'est la voie qui a son indication lorsque le malade se présente avec une tuméfaction jugale.

2°) L'ERADICATION DU FIBROME :

Une fois le temps osseux d'exposition achevé, on essaie de libérer le fibrome, ce qui ne va pas sans hémorragies, notamment parfois dans la zone du pédicule. Enfin, il faut bien finir par l'enlever, ce qui se fait **toujours par arrachement en force**.

— Il n'y a jamais aucun opérateur qui ait fait le tour d'un fibrome, l'ait séparé de sa zone d'adhérence et enlevé ensuite.

C'est à ce moment qu'on peut faire une infiltration de **novocaïne adrénalinée** dans le pédicule.

Pour arracher la tumeur, en général on emploie un serre-nœud, plus rarement la pince.

On s'efforce d'obtenir une prise solide, soit sur toute la masse, soit sur un prolongement important, nasal ou sinusien, qu'on juge assez solide pour entraîner tout le reste.

On tire. La force de traction nécessaire est toujours surprenante. Un aide maintient la tête du malade sur la table.

3°) RESULTATS :

Trois éventualités peuvent se présenter :

L'ablation en une seule prise : Toute la tumeur vient avec ses prolongements s'il y en a. Pas de saignement en nappe.

Quelquefois, dans le fond, on voit la sphéno-palatine qui saigne en jet. Il est facile de la pincer, sinon de la lier.

Cet « accouchement » heureux met fin à l'intervention, mais il n'est pas du tout la règle absolue.

Sur 61 cas, nous n'avons pu le constater que 9 fois, ce qui représente 15 % des cas.

Le dérapage de l'instrument : C'est la seconde éventualité. Elle a été signalée 4 ou 5 fois (ce qui ne veut pas dire que ce n'est arrivé que 4 ou 5 fois). Le serre-nœud ou la pince dérapent. Après avoir tiré très fort, il ne vient rien.

Dans l'obs. 9 de LEMARIEY, dix tentatives répétées se sont soldées par un échec.

Obs. 11 : Nombreuses tentatives au serre-nœud sans effet.

Obs. 8 : 6 prises, 3 efficaces.

Obs. 13 : 3 prises infructueuses, la 4ème réussit...

Obs. 40 : 3 dérapages.

Le morcellement : Il est bien entendu qu'à partir du moment où on enlève la tumeur en deux morceaux, c'est du morcellement.

Il peut être « élégant » et se limiter à deux prises : ce type d'exérèse a été noté **10 fois**.

On enlève d'abord un gros morceau nasosinusien, ensuite le morceau cavaire avec le pédicule.

— Ailleurs, il faut recommencer 3, 4 et 5 fois pour enlever la totalité du fibrome. (**25 cas**).

— Il nous reste 17 inconnues. Les comptes rendus opératoires n'indiquent que la fin heureuse de l'intervention :

Il semble que la discrétion des comptes rendus s'accroisse au fur et à mesure des difficultés. Dans ces 17 cas, il doit s'agir en fait d'arrachements très laborieux, sur lesquels l'opérateur n'a pas insisté...

4°) LA VERIFICATION DE LA CAVITE :

Une fois la tumeur extraite, l'hémorragie se tarit vite, cette hémorragie en nappe bien particulière aux fibromes qui ne sont pas bien enlevés.

Il devient facile d'explorer la cavité à la recherche de prolongements sphénoïdaux et surtout ptérygo-maxillaires. Ce point est d'importance quand on sait que les récurrences sont attribuées à des fragments restants, ignorés.

C'est pourquoi, dans un but pronostic, nous avons pointé les observations où la cavité avait été **soigneusement vérifiée**.

Certains opérateurs ont été jusqu'à « jurer » que tout était enlevé. Il semble que vraiment c'étaient des fibromes parfaitement opérés.

D'autres ont encore voulu faire mieux. Ils se sont alors attaqués à la zone réelle ou supposée du pédicule d'implantation.

On retrouve :

Une rugination :

14 fois LEMARIEY

ou **Une électro-coagulation :**

5 fois LEROUX-ROBERT,

voire même **l'enlèvement à la pince** de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde.

Nous pensons qu'après cela il n'y a rien à dire.

IV. - LE DEMECHAGE

Il se pratique toujours très prudemment, en salle d'opération, parfois sous anesthésie générale,

- soit progressivement : démechage prolongé sur plusieurs jours,
- soit en une fois,
- soit précocement : 3ème jour,
- soit tardivement : du 6ème au 9ème jour (Lemariey).

V. - LES SUITES OPERATOIRES

1°) AU POINT DE VUE ESTHETIQUE :

1) Il n'y a pas d'abaissement ni d'encoche

sur l'arête nasale si, dans l'opération de Rouge qui coupe la cloison verticalement à l'aplomb de l'épine nasale antérieure, on ne fait pas aller la section jusqu'à cette arête nasale.

2) Ce qui peut arriver parfois, c'est qu'en élargissant son Denker vers le bas, ce qui peut quelquefois être utile, il y a un germe dentaire qui saute.

Cet incident ne fait jamais plaisir, mais à l'échelle de la gravité de la maladie, il est minime.

2°) LA CAVITE RESIDUELLE :

Après l'éradication du fibrome, les suites de rhinite croûteuse qu'elle donne, on ne voit pas trop comment on pourrait l'éviter, hors les cas de petits fibromes permettant de respecter au maximum les structures, ce qui **n'est pas nécessairement prudent** pour l'avenir.

BOURGUET décrit un détail technique pour éviter cet inconvénient :

« La lame des cornets rabattue en haut et en dehors autour de sa charnière supérieure est reposée en fin d'intervention dans sa situation initiale, permettant ainsi d'éviter les ennuis d'une trop vaste cavité, souvent couverte de croûtes adhérentes et fétides. »

La cavité résiduelle a au moins l'avantage de ne pas être trop difficile à surveiller. Elle finit par se combler par du tissu fibreux — ou une récurrence de fibrome —.

CONCLUSIONS :

Nous en avons fini avec cette description qui vise à donner une idée de la manière dont sont opérés les fibromes naso-pharyngiens. Si impressionnante soit-elle parfois, elle n'est pas dangereuse puisque nous n'avons pas eu à mentionner un seul décès.

**61 FIBROMES 24 RECIDIVES
0 DECES.**

ANALYSE DES 61 OBSERVATIONS

SON BUT

...est de dégager les facteurs de récides.

61 Observations : 24 Récidives (38 %).

Sur ces 61 malades, 4 ont été opérés en 1965-1966.

(Mars 1965 - Novembre 1965 - Décembre 1965 - Juin 1966).

Ils n'ont pas récidivé, mais ils n'offrent pas un très grand recul.

Ce pourcentage de récides est étonnant à première vue, mais il est identique à celui retrouvé dans la statistique allemande de Rose-Marie ALBRECHT (35 %).

Sur 35 cas suivis à l'Université d'Iéna :

— 1 a été irradié d'emblée et secondairement opéré et guéri,

— 34 ont été traités chirurgicalement :

28 exclusivement par chirurgie, dont **6 avec récide**, traités de nouveau par chirurgie exclusivement, qui a permis une guérison définitive.

Mortalité : 2 cas

une méningite,
une opératoire.

6 ont été opérés et irradiés **pour récide**.

(12 récides pour 34 cas = 35 %).

Contrairement à la statistique allemande, toutes nos récides premières ont été opérées.

NOUS ANALYSEONS :

- Le Traitement,
- Le Fibrome,
- Le Malade lui-même.

I. - CRITIQUE DU TRAITEMENT LUI-MEME

A. - LE CHOIX DE LA METHODE THERAPEUTIQUE.

1°) L'Hormonothérapie :

Employée par Hayes, Martin, Ehrlich et Abels qui, entre les années 1927 et 1946, ont soigné 29 cas.

Ils n'ont qu'un seul cas où le traitement hormonal a suffi à obtenir la guérison.

Partout ailleurs, la chirurgie ou les radiations, ou les deux, ont dû être associées.

Dans ces 29 cas, il y a également trois morts (ce qui peut s'expliquer par l'ancienneté de ces références). Toutefois, nous pensons qu'il est inutile d'insister.

Le traitement hormonal est tout à fait insuffisant et **ne peut**, à l'heure actuelle, **entrer en compétition avec les résultats chirurgicaux**.

2°) La Radiothérapie :

Nous n'en ferons pas la critique nous-mêmes :

Prônée également aux Etats-Unis (FIGI et ses Collaborateurs), on constate dans **leurs** rapports successifs qu'avec les années, leurs méthodes de traitement, très conservatrices au début, ont évolué vers les méthodes chirurgicales.

(1er rapport en 1924, 2ème en 1940, 3ème en 1950).

Ils sont arrivés à la conclusion que le traitement uniquement par le radium est insuffisant, trop long, et qu'il faut y ajouter aussi un traitement plus radical, tel que la diathermo-coagulation, avec une large voie d'abord chirurgicale.

Quant à d'autres auteurs américains :

«...Le traitement radiothérapique a depuis été éliminé à cause du manque de succès, des séquelles indésirables et des incertitudes tardives de la radiothérapie.» (1964)

Si le traitement radiothérapique ne semble pas provoquer de décès, il nous plonge dans l'anxiété quant à la possibilité de développement ultérieur de cancers du massif facial post-radiothérapique (ANDRE).

Sans parler des troubles de développement des os de la base du crâne.

3°) La Chirurgie :

Nous ne sommes plus au temps où DELAVAN citait 25,9 % de décès.

Il n'y a eu aucun décès dans ces 61 Observations.

La chirurgie permet la guérison définitive de 62 % des malades par

- une seule intervention,
- une opération sans séquelles pour ainsi dire à lointaine échéance,
- un délai de traitement plus que raisonnable : 3 semaines à un mois d'immobilisation sociale.

Elle laisse intact, en cas de récurrence ultérieure, tout l'éventail thérapeutique.

LE CHOIX DE LA METHODE CHIRURGICALE PEUT ETRE DEFENDU AVEC DE BONS ARGUMENTS.

Il reste néanmoins à analyser la manière de procéder pour améliorer les résultats déjà obtenus.

B. - L'ANALYSE DU TRAITEMENT CHOISI :

LA CHIRURGIE.

1°) L'anesthésie-Réanimation :

L'anesthésie peut-elle avoir un rôle pronostique ?

Oui,

- en assurant une parfaite tranquillité au chirurgien,
- en permettant une plus grande audace,
- en rééquilibrant les pertes sanguines au fur et à mesure de la spoliation.

Pour le reste, nous ne ferons que citer les chiffres de nos statistiques :

L'anesthésie au Rectanol (1944) :

2 anesthésies : 2 récurrences.

L'anesthésie loco-régionale, avec le plus souvent LEMARIEY et LEROUX-ROBERT. Injection adrénalinée dans le pédicule.

17 anesthésies : 3 récurrences.

Elle est tombée en désuétude. Elle avait pour mérite d'être à l'époque la méthode la plus sûre et c'était elle qui permettait des interventions plus longues et par là même plus soigneuses et plus finies.

L'anesthésie générale classique :

Une quarantaine d'anesthésies : 19 récurrences, dont les 9 cas d'hypotension contrôlée : 4 récurrences.

2°) L'adjonction de la radiothérapie pré-opératoire :

Nous avons vu qu'elle a été réalisée 7 fois.

Sur ces 7 cas, il y a eu 3 récurrences. (Obs. 35 - 36 et 46).

Il n'y a aucune amélioration statistique du pourcentage des récurrences.

A la décharge de ce résultat, signalons que les cas 35 et 36 étaient particulièrement sérieux, puisqu'ils avaient fait évoquer cliniquement et radiologiquement une néoformation maligne.

3°) L'adjonction de l'Hormonothérapie :

Elle a été faite 3 fois : Obs. 10 - 11 et 46.

L'Observation 46 a eu au total une radiothérapie pré-opératoire, une hormonothérapie et elle a récidivé 2 fois.

4°) L'acte chirurgical :

La voie d'abord est, comme nous l'avons vu, toujours large, avec une visibilité aussi bonne que possible. L'intérêt pronostique de la voie d'abord est négligeable.

L'opération se fait en un temps ou deux, ce qui arrive parfois en présence d'hémorragie très sérieuse. Ce dédoublement de l'intervention n'a pas paru avoir d'importance pour l'avenir.

Le chirurgien : Il est facile de dire que ces fibromes récidivants sont en fait des fibromes opérés de façon incomplète. BOUCHE :

« Les récidives proviennent toujours d'ablation incomplète, le plus souvent par abandon in situ de quelque prolongement ignoré. »

On peut, dans un premier temps, admettre que c'est vrai, la constance des pourcentages de récidives dans les différents services (quatre) avec des opérateurs différents, prouve alors qu'il y a un certain nombre de fibromes difficiles à opérer de façon complète, **possédant des reliquats invisibles dans une proportion elle aussi assez constante !!**

Dans un deuxième temps, on peut se demander si ces prolongements « invisibles » existent réellement. Chaque opérateur est préoccupé par ce problème et s'efforce de les rechercher. Certains comptes-rendus d'opérations très complètes, avec vérification soigneuse dans tous les recoins de la cavité, figolés par surcroît par une rugination ptérygoïdienne soigneuse, ou une électro-coagulation de la zone d'implantation, les rendent hypothétiques...

Et de tels cas ont été victimes de récidives comme les autres !

GUERRIER, de Montpellier, s'est trouvé tout à fait devant le même problème :

« Nous avons observé deux cas de récidive où l'exérèse totale avait pu être minutieusement contrôlée : recherche des prolongements, aspect de la pièce et vérification de l'intégrité de l'épithélium. Sans doute un prolongement a pu échapper à cette vérification, encore que ce soit improbable. Mais l'un de nos sujets a subi deux interventions consécutives pour récidive et la **vérification a été poussée au maximum la deuxième fois**. Cela n'a pas empêché une troisième récidive un an plus tard. »

Nous pensons qu'il y a des fibromes qui sont par nature récidivants, même correctement opérés. Ceci ne serait d'ailleurs pas très étonnant pour une maladie dont les **causes** restent en grande partie **mystérieuses** et sur **lesquelles** l'acte opératoire en lui-même n'a probablement pas d'action.

Ces observations montrent cependant qu'il peut y avoir **autre chose dans les récidives** que la **repousse de fragments négligés**.

II. - LE FIBROME LUI-MEME

A. - LE POINT D'IMPLANTATION.

Le point d'implantation n'est pas toujours facile à préciser. Aussi n'est-il pas toujours indiqué.

Nous en avons trouvé mention 32 fois seulement.

Insertions sur l'apophyse ptérygoïde		14
dont précisées	(	Partie Haute : 11
	(	Partie Basse : 1
Insertions sur le sphénoïde		4
Insertions sur l'angle supéro-externe et pôle supérieur de la choane		15
Insertions non précisées		28

En résumé, il est toujours à la partie externe de l'orifice choanal, en général assez haut vers le corps du sphénoïde, parfois un peu plus bas sur l'aile interne de la ptérygoïde.

Il ne faut pas chercher un élément de pronostic dans la localisation de la zone d'implantation, pratiquement toujours la même dans les fibromes guéris par une première intervention et dans ceux qui récidivent.

B. - L'EXISTENCE DES PROLONGEMENTS.

Soupçonnés cliniquement lorsqu'ils sont très volumineux, précisés par la radiographie, mieux

dans le futur grâce à l'artériographie, souvent c'est l'intervention qui les découvre.

Prolongements ethmoïdaux, sphénoïdaux,

+ Ptérygo-maxillaires

dont, prolongements ptérygo-maxillaires signalés 16 fois : 5 récidives.

Signalés 29 fois : $5 + 6 = 11$ récidives

Pas de prolongements

Signalés 12 fois : 2 récidives

Prolongements : rien de signalé

18 fois : 11 récidives

L'existence de prolongements est certainement un élément de mauvais pronostic.

L'absence de prolongements est à coup sûr un élément de bon pronostic.

C. - LE VOLUME DU FIBROME.

Rejoignant un peu les conclusions du paragraphe précédent, **plus le fibrome est petit, moins il récidive.**

La taille du fibrome peut être appréciée sommairement par les difficultés d'extraction :

EXTRACTION :

En une fois	9
En deux fois (morcellement élégant)	10
Morcellement 3 fois et plus	25
Non indiquée	17

RECIDIVES :

2 dans les 9 cas enlevés en une fois	22 %
3 » » 10 » » en deux fois	30 %
10 » » 25 » » par morcellement	40 %
9 » » 17 » » non indiqués	53 %

D. - L'EXAMEN HISTOLOGIQUE.

L'augmentation du nombre des chirurgiens est un facteur favorisant la valeur statistique de notre étude, en ce qui concerne l'acte opératoire. Il n'en est pas de même pour l'examen histologique.

Non pas tant dans le diagnostic de fibrome naso-pharyngien que pour l'interprétation de ses caractères propres :

Une tumeur est-elle plus fibreuse, plus vasculaire qu'une autre ?

Il aurait fallu, pour avoir une idée précise, faire réexaminer la quarantaine d'exams histologiques — échelonnés sur 20 ans et dans 4 services différents — par le même anatomo-pathologiste. Cela est impossible dans l'état actuel de la documentation.

Cependant, à la lecture des comptes rendus, il semble bien que :

- Moins il y a de cellules jeunes (il n'y a jamais d'atypie cellulaire),
- Moins le fibrome est hémorragique,
- Plus le fibrome est fibreux,

moins il récidive.

Cette fibrose plus ou moins accentuée témoigne-t-elle de difficultés dans l'expansion tumorale au sein de l'organisme ?

Parallèlement, c'est là que l'hormonothérapie, dont les vertus fibrosantes sont réelles, peut jouer un rôle.

III. - LES MALADES EUX-MEMES

L'étude endocrinienne des malades n'ayant presque jamais été faite, pour apprécier la tendance à la récurrence, il ne reste donc que **l'âge**.

Comme on admet que les fibromes nasopharyngiens ont une tendance résolutive au fur et à mesure de la maturité sexuelle, il semble logique d'admettre que les fibromes apparaissant tôt dans le jeune âge sont plus redoutables que les autres et ont davantage tendance à récidiver.

Effectivement, si nous faisons la moyenne d'âge des fibromes n'ayant pas récidivé, nous trouvons 16 ans.

Pour ceux qui ont récidivé une fois : 14 ans.

Ceux qui ont récidivé deux fois, nous le verrons, sont encore plus jeunes.

Ceci va dans le sens des idées classiques, mais ne permet pas, devant un malade donné, de prévoir une récurrence.

D'abord, le début **réel** de la maladie n'est jamais exactement connu :

Les malades consultent en général en moyenne six mois après l'apparition des troubles (qui ne traduisent pas le début réel), mais notre cas A (Obs. 26) âgé de 19 ans, a consulté alors qu'il avait une obstruction nasale depuis trois ans.

Notre cas B (Obs. 29), âgé de 28 ans, nous a consultés alors qu'il avait une obstruction nasale depuis l'âge de 15 ans.

Ensuite, nous trouvons à peu près les mêmes âges dans les deux séries.

Néanmoins, notre plus jeune malade, 9 ans, a récidivé.

3 malades sur 4, âgés de 10 ans, ont récidivé, l'un 3 fois, l'autre 2 fois, le dernier 1 fois.

Les plus âgés par contre : 22 ans, 23 ans et 28 ans, n'ont pas récidivé.

Sans que cela n'ait rien d'absolu, on peut admettre que **le très jeune âge lors de l'apparition d'un fibrome est un élément qui doit rendre le pronostic réservé.**

=====

Le serre-nœud est introduit



LES 24 RECIDIVES PREMIERES

LES CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

La récédive se manifeste de façon variable.

Par ordre de fréquence décroissante :

- 1) Les **EPISTAXIS**, graves ou non, parfois associées à une obstruction nasale. Elles la précèdent souvent (environ la moitié des cas).
- 2) Enfin, ce peut être une **DECOUVERTE D'EXAMEN DE CONTROLE** chez ces malades qui doivent être suivis très régulièrement (1/3 des cas).
Exemples Observations 8, 12, 35, 37, 55.
- 3) Une **OBSTRUCTION NASALE** plus rarement.
- 4) Un cas sous le masque d'une **POLYPOSE** récidivante (Obs. 43).

LE DIAGNOSTIC

1) DIAGNOSTIC CLINIQUE :

Le diagnostic de récédive est clinique. Il n'est cependant pas toujours facile à affirmer.

Obs. 15 :

Rhinoscopie postérieure : « ... Après mise en place du releveur, montre un cavum absolument débordant de masse molle, présentant l'aspect de végétations adénoïdes banales mais qui se prolongent sur la paroi postérieure du cavum, au point d'être décelables au seul abaisse-langue.

Ces masses ne permettent pas de préciser s'il existe au niveau du cavum une récédive mais leur seule présence doit la faire redouter. »

Tout comme pour le fibrome initial, la clinique ne peut diagnostiquer que la masse cavaire et éventuellement les prolongements nasaux.

Dans l'Observation 41, l'examen n'avait pu

faire que le diagnostic d'une petite « prune » alors qu'il s'agissait de l'extension cavaire d'une grosse masse ptérygo-maxillaire.

Le siège de l'implantation pédiculaire est impossible à préciser.

2) DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE :

Il présente les mêmes dangers et rencontre les mêmes difficultés que dans le fibrome initial, en raison de l'abord malaisé, de la dureté de la récédive et de ses caractères hémorragiques.

Type Obs. 43 :

« Il n'est pas possible, sur le prélèvement adressé, de former le diagnostic de fibrome nasopharyngien. On ne voit en effet que des lésions inflammatoires subaiguës non spécifiques recouvrant un tissu conjonctif un peu dense, mais n'ayant pas du tout l'aspect d'une tumeur.

Le caractère négatif de cette réponse n'exclut pas formellement l'hypothèse clinique avancée en raison du caractère superficiel du prélèvement. »

3) DIAGNOSTIC OPERATOIRE :

**Diagnostic opératoire
du fibrome lui-même.**

Etant donné qu'il s'agit d'une récédive, il ne se pose plus. Une fois cependant, il a permis de faire la preuve de la récédive, la clinique évoquant plutôt une formation polypoïde.

Obs. 13 :

« On constate après dégagement, que la formation polypeuse est infiniment plus volumineuse qu'on ne pouvait le supposer et qu'il s'agit de fibrome, non d'un polype muqueux réactionnel. »

Lorsque nous rencontrons des précisions :

- soit sur les prolongements de la récédive.
- soit sur l'implantation du pédicule,

c'est per-opératoirement qu'elles sont données :

Diagnostic opératoire des Prolongements tumoraux.

Obs. 2 : Prolongement antérieur comblant la fosse nasale, le sinus maxillaire + probablement sinus sphénoïdal.

Obs. 8 : Prolongement dans le sphénoïde, dans la région sphéno-palatine et l'arrière-fond (avec doute sur intégralité).

Récidivé

Obs. 12 : Prolongement dans la partie interne du sinus maxillaire + fosse nasale + polypes muqueux dans la cavité des deux sinus sphénoïdaux confondus.

Obs. 13 : Prolongement sinus sphénoïdal.

Obs. 15 : Le sinus maxillaire est comblé par la masse du fibrome adhérente au plancher de l'orbite. On constate que le fibrome pousse des prolongements à

la face profonde de la branche montante du maxillaire inférieur...

On entreprend alors sa libération :

1) de l'ethmoïde dans lequel il a pénétré, refoulant et érodant l'os planum ;

2) du plancher de l'orbite ;

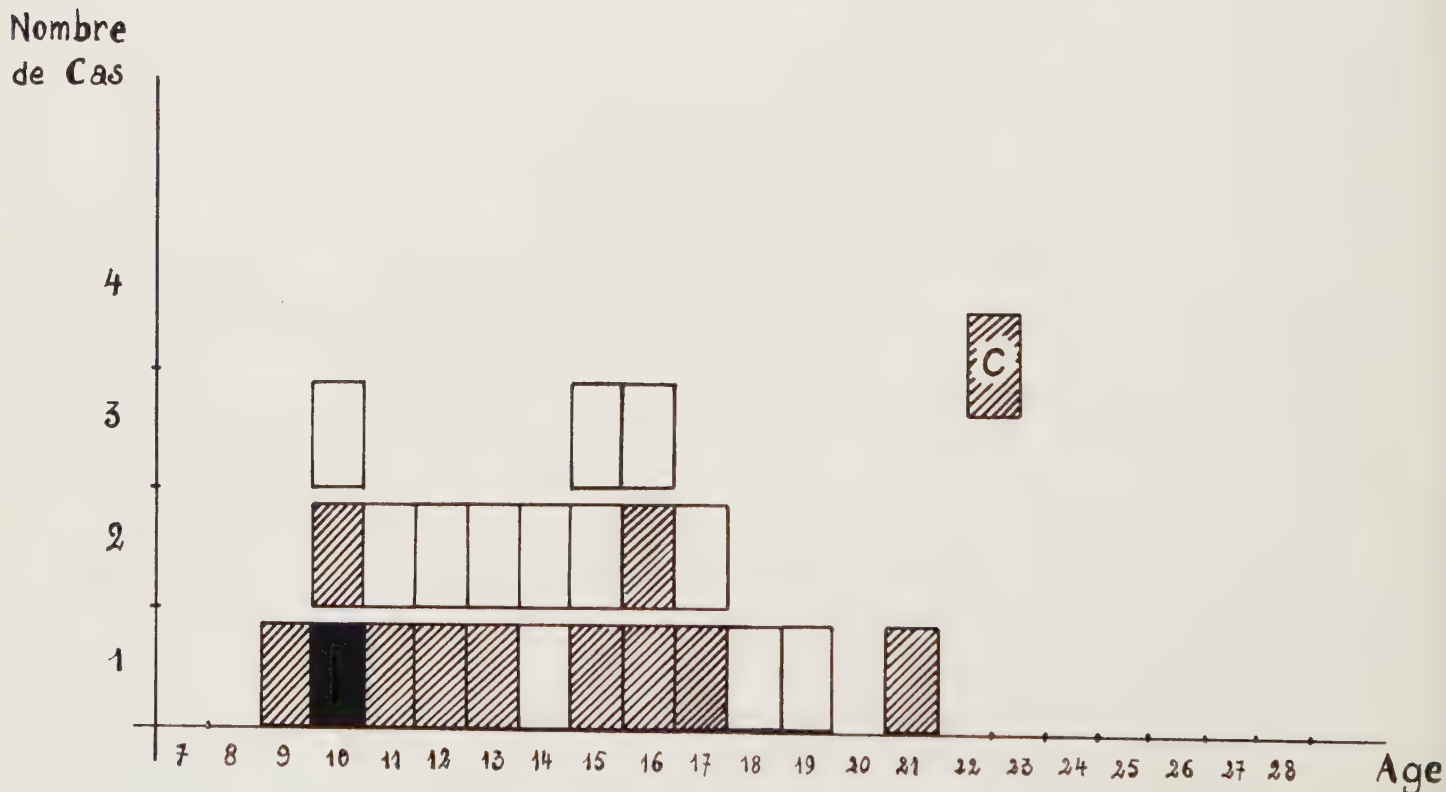
3) du plancher du sinus...

Libéré en haut, en bas et en dedans, le fibrome demeure inébranlablement enclavé dans la région ptérygo-maxillaire. **Décédé**

Obs. 23 : Sinus maxillaire, fosse nasale droite, arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, ptérygoïde érodé.

Obs. 35 : Sinus maxillaire. **Récidivé**

Obs. 36 : La masse est encastrée dans la cavité formée par le sinus maxillaire, la fosse nasale, le cavum, la fosse ptérygo-maxillaire et vraisemblablement le sphénoïde. **Récidivé**



Récidives en fonction de l'âge des consultants :

Blanc : Récidivé 1 fois

Hachuré : Récidivé 2 fois

Noir : Récidivé 3 fois

Cas C : Age inconnu.

Obs. 37 : Sinus maxillaire + fosse nasale.

Rerécidivé

Obs. 38 : Arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire + sinus sphénoïdal.

Obs. 39 : Pas de prolongements.

Obs. 40 : Doute sur l'intégralité de l'opération.

Rerécidivé

Obs. 41 : On aperçoit cette récurrence sous forme d'une tuméfaction arrondie, dure, fibreuse, du volume d'une petite prune, située au niveau de la région ptérygoïdienne droite. Mais en explorant la cavité, après avoir élargi la brèche, dans la paroi antérieure du sinus, on se rend compte en fait qu'il s'agit, non pas d'une petite récurrence de la partie postérieure de la paroi externe des fosses nasales, mais de l'extériorisation d'une énorme masse située en arrière du sinus maxillaire et comblant la totalité de la fosse ptérygo-maxillaire.

**Diagnostic opératoire
de l'implantation Périculaire.**

Obs. 8 : Le pied de la ptérygoïde. **Rerécidivé**

Obs. 12 : Aile interne de la ptérygoïde et sa partie haute, au voisinage du plafond de la choane.

Obs. 13 : La masse sessile est implantée sur le reliquat inférieur de la ptérygoïde.

Obs. 15 : Le pédicule est fait de tissu fibreux, lacéré, entrelacé avec les fibres du ptérygoïdien externe. **Décédé**

Obs. 23 : Plafond de la choane.

Obs. 35 : Base de l'apophyse ptérygoïde droite comme pour la première intervention.

Rerécidivé

Obs. 36 : Sur le corps du sphénoïde. **Rerécidivé**

Obs. 41 : Le point d'implantation semble être la face antérieure de l'apophyse ptérygoïde droite.

Obs. 45 : Base d'implantation périostée aux bords supérieur et externe de la choane. **Rerécidivé**

Obs. 53 : Pédicule au niveau de la fosse ptérygo-maxillaire. **Rerécidivé**

Obs. 54 : Le pédicule s'enfonçait dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

LA RADIOGRAPHIE

On essaie, comme lors du premier examen, de déterminer radiologiquement, s'il y a des prolongements. Mais la lecture des résultats est en fait bien difficile sur cette région remaniée à la suite de l'intervention chirurgicale précédente, masquée par les opacités tumorale et réactionnelle surajoutées.

LES AUTRES EXAMENS

COMPLEMENTAIRES

EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE : Il est demandé si cela semble nécessaire.

EXAMEN HORMONAL : Il n'y en a pas eu.

EXAMEN HEMATOLOGIQUE : Bien sûr.

TRAITEMENT DES PREMIERES RECIDIVES

Devant ces récurrences, le thérapeute garde toute sa confiance en la chirurgie : **toutes ont été réopérées.**

I. - LES PRECAUTIONS

PRE-OPERATOIRES.

Des quatre moyens que nous avons vus,

- L'hormonothérapie,
- La transfusion pré-opératoire,
- La radiothérapie anti-hémorragique,
- La ligature de carotide externe,

L'HORMONOTHERAPIE, employée dans deux observations, 35 et 38, l'a été en réalité dans une optique franchement curatrice et non comme une arme vasculo-sclérosante.

Le traitement hormonal n'a pas permis de changer la solution thérapeutique habituelle.

LA TRANSFUSION PRE-OPERATOIRE, à but hémostatique, est parfois retrouvée (Obs. 12, 23, 38 et 54).

LA RADIOTHERAPIE n'est pas mentionnée.

Personne n'a fait de radiothérapie anti-hémorragique avant la deuxième intervention.

Personne ne l'a envisagée — ou n'a voulu l'envisager — comme traitement de la récurrence.

LA LIGATURE DE LA CAROTIDE EXTERNE a

encore été faite avant ce deuxième temps opératoire (Obs. 38).

II. - L'ANESTHESIE.

Nous retrouvons sans changement les méthodes précédentes :

1°) L'anesthésie loco-régionale avec préparation de Base :

Obs. 8 : Novembre 1961.

Obs. 12 : Mars 1954.

2°) Anesthésie Générale au Rectanol + chlorure d'éthyl :

Obs. 25 : Février 1943 : Décès par choc opératoire.

3°) Anesthésie Générale :

A la pipe de Delbé : Obs. 23 : juillet 1945.

Anesthésie Générale

+ Intubation : Obs. 13 et autres.

Anesthésie Générale

+ Hypotension : Obs. 15, 37, 38, 39, 41.

III. - L'ACTE CHIRURGICAL LUI-MEME.

LA VOIE D'ABORD EST ANTERIEURE :

soit reprise de Denker élargi ou de Rouge Denker,

soit para-latéro nasale étendue à la lèvre supérieure,

cette dernière voie d'abord trouve son indication précise quand il existe un prolongement ptérygo-maxillaire net.

Para-latéro nasale + section de lèvre supérieure - Obs. 1, 35, 36, soit 3

Rouge Denker - Obs. 2, 8, 12, 13, 23, 37, 38, 39, 41, 43, 45, 53, 54, 56, soit 14

Vélo-palatine - Obs. 25 soit 1

Non mentionnée (très probablement Rouge Denker) - Le reste soit 6

L'INTERVENTION elle-même est toujours difficile ; la récupération de l'ancienne cavité est très pénible en raison du tissu cicatriciel. On l'élargit encore dans la mesure du possible. Tout cela ne va pas sans saignement, car le fibrome adhère au tissu scléreux.

La libération de la récédive est toujours délicate et parfois n'est pas faite complètement.

La zone d'implantation exacte n'est habituellement pas précisée. Nous avons vu les cas où elle l'était.

L'ERADICATION :

Contrairement à ce que nous avons vu au cours des précédentes interventions, elle se fait plus volontiers à la pince qu'au serre-nœud.

De toute façon, toujours par arrachement.

2° Récidives

Ablation en 1 Prise :
Obs. 41 0

Ablation en 2 Prises :
Peut-être Obs. 37
Obs. 12, avec quelques petits coups de gouge de sécurité 2
Obs. 2, 39, 53 et 54

Ablation Morcellement :
Obs. 8, 13, 15, 23, 25, 35, 36, 38, 40, 44, 45, 56 7

Ablation non indiquée :
le reste, 5 fois 3

LA VERIFICATION DE LA CAVITE :

Elle est également parfois bien précisée.

En fin d'intervention :

Rugination : Obs. 12 et 13

Electro-coagulation : Obs. 35, 37, 38, 39

Révision soigneuse : Obs. 53

C'est au cours de ces interventions pour récédive qu'on a vu se produire :

— **de grosses hémorragies** difficiles à contrôler,

— **des chocs**, pas très bien expliqués, des chutes de tension verticales.

Aussi arrive-t-il que l'opération soit écourtée, remise à un temps ultérieur, malgré l'existence connue de prolongements résiduels.

Lorsqu'on réussit à faire une intervention correcte, force est de reconnaître qu'il est extrêmement difficile de faire la part entre le tissu pathologique et le tissu sain, notamment vers les masses musculaires des ptérygoïdiens.

Il suffit de lire les comptes-rendus histologiques pour voir que les tissus donnés à examiner ne sont pas uniquement fibromateux.

Enfin, c'est dans cette liste que nous avons trouvé **deux morts** per-opératoires. Nous n'en ferons néanmoins pas grand état, car il s'agit de cas déjà anciens :

Obs. 15 : 25.2.53 - Anesthésie générale + Penthonium.

Obs. 25 : 16.2.43 - Anesthésie Rectanol + Chlorure d'éthyl.

A l'heure actuelle, ces malades auraient pu être réanimés, quittes à abandonner l'opération et à la remettre.

LE DEMECHAGE de ces malades doit être **particulièrement tardif, vers le 10ème jour.**

Extrêmement dangereux, il doit **toujours** être fait en salle d'opération, sous anesthésie générale avec intubation. Des hémorragies très redoutables peuvent se déclencher, dont on ne saurait se rendre maître ailleurs.

«... Cette intervention avec ses suites (déméchages de l'Obs. 36) a été une des plus éprouvantes de notre carrière.» (LEROUX-ROBERT)

IV. - L'HORMONOTHERAPIE.

Nous allons relater les trois traitements hormonaux faits à l'Hôpital BOUCICAUT (il y a peut-être eu d'autres tentatives, mais elles n'ont pas été décrites).

Le 1er, le plus intéressant (Obs. 38) :

Le traitement institué immédiatement après la première intervention avait une visée préventive. Il s'agissait d'un garçon jeune, de 11 ans 1/2, donc apte à récidiver.

Nous citons :

« Afin d'éviter une récurrence, nous cherchons à déclencher la puberté chez cet enfant. Le Dr. Camus lui prescrit 1 000 U.I. puis 1 500 U.I. d'hormone chorale tous les cinq jours (injections de gonado-trophine chorionique) auxquelles est associée ultérieurement une linguette de pérandron par jour. En un an de ce traitement l'enfant prend 12 cm et 12 kg. En janvier 1959, on constate que le développement des caractères sexuels secondaires est aussi parfait que possible.

Malgré ce traitement, la récurrence se produit, qui se révèle par des épistaxis abondantes qui exigent une hospitalisation d'urgence le 9 mars 1959. Nous réinterventions après une petite transfusion faite dans un but hémostatique. »

Donc, traitement réussi au point de vue endocrinien, mais échec sur le fibrome.

Le 2ème (Obs. 35), concerne un traitement instauré à la découverte de la récurrence sur un enfant âgé à ce moment-là de 10 ans 1/2.

«... Mais environ un an après l'intervention, nous constatons une récurrence. La fosse nasale droite s'obture progressivement par une masse irrégulière, légèrement-saignotante, avec ébauche de refoulement de l'hémi-voile droite en bas et en avant.

Devant cette récurrence nous envisageons un traitement hormonal et nous demandons avis au Dr. Camus. Celui-ci ne décèle aucune altération endocrinienne et aucun signe de puberté. Le traitement proposé est le suivant : 1 000 Unités Internationales d'hormones chorales 2 fois par semaine. Si au bout de deux mois le développement pubertaire se manifeste, cette dose sera maintenue dans les six mois suivants. Elle sera augmentée de 1 000 à 2 000 Unités par semaine, si les premiers résultats sont insuffisants. Le traitement est commencé le 15 septembre 1956. Dosage des 17 céstéroïdes 1,2 mg par 24 h. En deux mois de ce traitement, l'appareil génital se développe nettement (Dr. Camus), les testicules passent de 2 cm x 1 cm à 3 cm x 1,5 cm - verge de 5 cm à 8 cm de long - taille de 1 m 40 à 1 m 43 - duvet sur la lèvre supérieure.

2 injections par semaine de 1 000 U. d'hormone chorale sont continuées.

Du point de vue local, les épistaxis cessent et la masse nasale droite qui s'était développée très rapidement les 3 mois précédents (de juillet à septembre) cesse de croître.

Un nouveau bilan fait en janvier 1957 confirme le développement des caractères sexuels. Le même traitement de 1 000 U. d'hormone chorale 2 fois par semaine est poursuivi.

Les radiographies comme l'examen clinique semblent tout de même en faveur d'une progression lente de la masse tumorale qui soulève le sillon naso-génien droit et abaisse l'hémi-voile membraneux correspondant, avec refoulement de la cloison vers la gauche et masse rose comblant la fosse nasale droite jusqu'à l'orifice vestibulaire.

Le dosage des 17 céstéroïdes est alors de 3 mg par 24 h. Nous décidons de réintervenir. »

Il a parfaitement réussi au point de vue endocrinien, il a un peu ralenti la progression du fibrome.

Le 3ème (Obs. 36), est encore un traitement à visée préventive.

Il est instauré sur cet enfant en complément de l'intervention pour première récurrence, pour empêcher une deuxième récurrence.

Le traitement est réussi au point de vue hormonal :

« Un contrôle radiographique des cartilages de conjugaison des poignets montre une ossification correspondant à 15 ans. »

mais échoue sur le fibrome : 2ème récurrence six mois plus tard.

ANALYSE

21 récurrences (sur 24) viennent de fibromes traités uniquement par un acte opératoire :

20 sur les 21 n'ont qu'un deuxième acte chirurgical pour tout nouveau traitement.

Il en résulte :

9 guérisons définitives (sans commentaires).

2 décès : ils n'existeraient certainement plus de nos jours.

9 nouvelles récurrences : Parmi ces 9 cas de récurrences, 2 étaient attendues et pratiquement certaines (Obs. 8 et 40), l'intégralité de l'intervention par suite de difficultés était, selon les auteurs, moins que garantie.

La 21ème (Obs. 38) a eu un traitement hormonal post-première-intervention à visée préventive. **Echec.** Le deuxième acte chirurgical guérit le malade.

La 22ème (Obs. 36) se retrouve en 1ère récurrence après un acte chirurgical précédé de radiothérapie.

Un traitement hormonal est institué à l'apparition de la récurrence. **Echec.** Devant celui-ci, réintervention. Il récidivera encore.

La 23ème (Obs. 35) se retrouve en 1ère récurrence après un acte chirurgical précédé de radiothérapie.

Réintervention. Un traitement hormonal est institué à titre préventif de deuxième récurrence. **Echec.** Il récidivera encore.

La 24ème (Obs. 46) se présente en 1ère récurrence après un traitement chirurgical précédé de radiothérapie et d'hormonothérapie. Réintervention. Il récidivera encore.

1er Traitement des 61 FIBROMES	24 Récurrences Premières	2ème Traitement	12 Récurrences Secondes
Chirurgie Seule (54 fois)	2 - 4 - 8 - 12 - 13 - 15 - 23 - 25 - 37 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 53 - 54 - 55 - 56	Chirurgie Seule (20 fois)	8 - 37 - 40 - 42 - 43 - 44 - 45 - 53 - 56
	38	Hormones + Chirurgie	
Chirurgie + Radiothérapie pré-opératoire (6 fois)	35	Hormones + Chirurgie	35
	36	Chirurgie + Hormones	36
Chirurgie + Radiothérapie pré-opératoire + Hormones (1 fois)	46	Chirurgie Seule	46

EN RESUME :

- Aucune Radiothérapie.
- Echec clinique complet de l'Hormonothérapie.
- Succès relatif de la Chirurgie.

∴

QUI RECIDIVE ?

Net abaissement de la moyenne d'âge : 14 ans.

- Les « très vieux » ne récidivent pas.
- Les « jeunes » oui, et fréquemment.

QUAND RECIDIVENT-ILS ?

- Le délai moyen d'apparition des 1ères récidives est de 14 mois.
- 82 % des récidives se déclarent dans les deux ans suivant l'intervention.

— Notre cas extrême est à 47 mois.

— Au-delà de 5 ans, il semble qu'on puisse être tranquilles.

— En-deçà, tout peut se voir : 4 ans, 3 ans 1/2, 2 ans, un an, six, quatre, deux mois...

QUELLES CONCLUSIONS TIRER ?

— Augmentation des difficultés et des risques chirurgicaux.

— Le problème hémorragique est encore plus au tout premier plan.

— Il s'agit d'une affaire très sérieuse où la vie est en danger.

— Il faut savoir interrompre une opération qui a l'air de tourner mal.

UNE QUESTION SE POSE :

— L'attitude chirurgicale pourra-t-elle se maintenir si une deuxième récidive survient ?

=====

LES 12 SECONDES RECIDIVES

Elles se présentent de manière identique aux récidives premières.

LES CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE.

LES EPISTAXIS : Obs. 43, 44, 46.

L'OBSTRUCTION NASALE : Obs. 42.

L'EXAMEN SYSTEMATIQUE : Obs. 8, 35, 37, 40, 45, 46, 56.

L'augmentation des récidives découvertes par l'examen systématique est significatif : les enfants sont très sérieusement suivis après « l'alerte » de la première récidive.

En général, la cavité résultant des interventions précédentes permet une bonne surveillance.

LE DIAGNOSTIC.

Pratiquement toujours clinique, est en général établi facilement :

Obs. 8 : Masse dans le cavum.

- » 36 : Bombement de la partie postéro-externe des fosses nasales.
- » 37 : Petite tumeur pédiculée.
- » 42 : Cliniquement évident.
- » 44 : Prolifération fibromateuse.
- » 45 : Masse dans le cavum.
- » 46 : Petite cerise.

L'Observation 42 mérite d'être retenue :

3 biopsies à plusieurs mois d'intervalle n'ont pas permis de faire le diagnostic, si bien que cette deuxième récidive n'a été opérée qu'un an après l'apparition des signes cliniques.

Les **COMPTE-RENDUS OPERATOIRES** des récidives opérées permettent comme toujours de se faire une idée sur la taille, les prolongements et l'insertion.

- **Le volume** des deuxièmes récidives est

identique à celui des récidives précédentes et des fibromes.

- **Leurs prolongements** ont été bien décrits 4 fois :

Obs. 8 : Prolongement nasal, orbitaire, prolongement sinus maxillaire de l'ethmoïde postérieur. Importants fragments dans la région temporo-maxillaire jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire.

Obs. 40 : Prolongements ptérygo-maxillaires qui allaient passer inaperçus.

Obs. 45 : L'ablation paraît complète (ne semble pas y avoir eu de prolongement).

Obs. 53 : Prolongement ptérygoïdien irrégulier, avec des petits prolongements en doigt de gant. L'ablation paraît définitive.

- **Le Diagnostic opératoire de l'implantation pédiculaire** : 3 fois :

Obs. 40 : Point d'implantation à la partie la plus inférieure du rebord choanal interne, c'est-à-dire vraisemblablement apophyse ptérygoïdienne.

Obs. 45 : Implanté sur le rebord supéro-externe de la choane gauche.

Obs. 56 : Insertion latérale atteignant la ligne médiane.

(5 récidives secondes sur 12 n'ont pas été opérées).

LA RADIOGRAPHIE.

Est peu demandée, ou, si elle l'a été, nous ne la trouvons pas mentionnée. Le seul compte-rendu valable est le compte-rendu de l'Observation 44 :

Radios :

« Opacité du sinus maxillaire gauche, de l'ethmoïde. Résection de la paroi interne du sinus maxillaire gauche.

Opacité des fosses nasales bombant en arrière dans le cavum, dont la paroi postérieure est libre. Demande profil du cavum et tomos. »

Tomos :

« Opacité tumorale comblant la presque totalité du cavum, descendant jusqu'à la partie inférieure de la luette qui est refoulée en avant et envahissant les fosses nasales.

Pas de destruction osseuse visible.

Thorax : R.A.S. »

LES AUTRES EXAMENS

COMPLEMENTAIRES

L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE :

C'est la seule fois dans tous nos cas où il a été demandé pour des troubles oculaires sérieux. Ces troubles oculaires, apparus lors de la seconde récurrence, régresseront sous l'effet du traitement.

Obs. 36 :

« Œil droit : Légère exophtalmie limitation de l'abduction. Acuité visuelle 3/10^e. Scotome central.

Fond de l'œil : papille décolorée, à bords peu nets, surtout en haut et en dedans.

Œil gauche : Fond de l'œil : stase papillaire d'importance moyenne.

Conclusion : L'aspect rappelle le syndrome de Foster-Kennedy. La possibilité d'une compression intra-crânienne de la région terminale du nerf optique droit est à retenir. L'envahissement de la base du crâne est infiniment probable. »

L'EXAMEN HORMONAL n'a lieu qu'en cas d'hormonothérapie. En tout cas, aucune recherche poussée.

L'EXAMEN HEMATOLOGIQUE : Il n'est plus signalé.

TRAITEMENT DES DEUXIEMES RECIDIVES.

Il pose de graves cas de conscience devant l'importance de la décision à prendre.

QUELLES SONT LES SOLUTIONS CHOISIES ?

1°) « L'ATTENTE SURVEILLEE ».

Elle n'a jamais été adoptée comme méthode thérapeutique.

Cependant, le laps de temps écoulé entre le diagnostic clinique de récurrence et la solution envisagée s'allonge... jusqu'à plusieurs mois (Obs. 42, 45).

L'Observation 46 est très intéressante. Le malade était perdu de vue depuis sa sortie de l'Hôpital, après intervention pour première récurrence.

L'enquête faite pour le retrouver nous a donné le résultat suivant : Lettre de sa mère :

4 février 1967 : « ...En juillet dernier, le Docteur A., O.R.L. de la banlieue parisienne, nous révéla que le fibrome, revenu, était gros comme une cerise, mais qu'avec l'âge, 19 ans, on pouvait peut-être espérer une stabilisation et, qui sait, une régression. En décembre, pas de changement, sinon une minuscule amélioration.

Dominique vient d'avoir une grippe et a de petits saignements de nez, un, deux, parfois trois par jour. Nous le ferons examiner à nouveau ces temps-ci. »

2°) LA CHIRURGIE.

Il est normal de commencer par elle, puisqu'elle remporte encore la majorité des suffrages.

7 INTERVENTIONS : Obs. 8, 37, 40, 42, 45, 53, 56.

Les précautions pré-opératoires sont toujours les mêmes... Ligature de carotide externe (Obs. 40, 8), transfusions, etc...

Dans ces deux cas — Obs. 8 et 40 — la récurrence était prévue, attendue, des fragments ayant été laissés lors de l'intervention précédente. Les difficultés opératoires hémorragiques avaient en effet empêché une exérèse complète. Ceci explique les ligatures de carotide externe tardives.

Obs. 8 : Récurrence 1 an après l'intervention précédente.

Obs. 40 : Récurrence 1 mois 1/2 après.

Ces deux malades sont actuellement guéris.

3°) L'HORMONOTHERAPIE.

Elle est déclenchée ou continuée dans le but d'éviter les récurrences, et par conséquent la sanction chirurgicale qui s'y applique. Malheureusement, elle s'avère inefficace, ne solutionne pas le

problème thérapeutique. Elle est alors faite pour compléter le traitement choisi, c'est-à-dire la radiothérapie.

Obs. 35 :

« Malgré cette intervention, on décide pour prévenir une nouvelle récurrence, de poursuivre le traitement hormonal à 1 500 U. d'hormone gonadotrope en une seule injection par semaine. Les caractères sexuels continuent à se développer. Taille 1 m 47.

Dès le début de janvier, nous constatons néanmoins une nouvelle récurrence correspondant à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde droite, récurrence qui augmente lentement de volume et qui est très facile à observer, étant donné la béance de la fosse nasale dont toute la paroi externe a été réséquée au cours des interventions précédentes.

En quelques mois (juin 1958) cette récurrence occupe toute la moitié inférieure de la fosse nasale avec refoulement de l'hémi-voile correspondant dans sa portion postéro-externe. Syndrome d'obstruction nasale droite. Pas d'épistaxis. Cette récurrence s'est développée malgré la continuation des injections hebdomadaires (depuis plus de 18 mois) de gonadotrophine, puis l'absorption depuis janvier 1958 de 10 mg d'abord, puis de 20 mg de Pérandrone par jour. »

Obs. 36 :

« ... Nous demandons que soit immédiatement institué un traitement hormonal afin de prévenir une nouvelle récurrence, l'enfant n'ayant qu'à peine 13 ans.

Ce traitement est prescrit sous forme de gonadotrophine chorionique « endo » à 1 500 U. à raison de 2 piqûres intra-musculaires par semaine.

Le 26 octobre 1957, l'enfant repart à Istanbul où il est suivi par les Drs. Tezel et Petro Senol et où le traitement hormonal est poursuivi.

Il nous est envoyé d'urgence le 3 mars 1958, à la suite d'une hémorragie survenue 15 jours auparavant. La perméabilité de la fosse nasale reste très satisfaisante. Nous constatons cliniquement seulement un certain bombement de la partie postéro-externe de la fosse nasale droite correspondant à la région de l'apophyse ptérygoïde droite et à la zone d'implantation du fibrome. »

Obs. 44 :

« Traité par Hormonothérapie : 2 Stérandryl 25 par semaine pendant le traitement radiothérapique à l'Hôpital Foch. »

4°) LA RADIOTHERAPIE.

C'est une radiothérapie curatrice à fortes doses.

Nous reprenons nos observations :

Obs. 35 :

« ...Devant cette véritable offensive, on fait table rase des raisons qui nous retenaient d'utiliser les radiations et l'on commence immédiatement une télécobaltothérapie, 31 mai - 4 juillet 1961.

Voici les caractéristiques de ce traitement :

Thératron

Distance peau	55 cm		
		droit	gauche
Champ maxillaire latéral		1 800 R	1 800 R
Champ naso-maxillaire		3 650 R	
Dose totale		7 250 R	
Etalement		35 jours	
Dose tumorale		3 780 R	

Le résultat de cette télécobaltothérapie est spectaculaire. Avant la fin du traitement, les douleurs ont disparu et la masse tumorale a régressé au point de ne plus correspondre qu'à 2 ou 3 petits bourgeons correspondant au niveau de la queue du cornet inférieur droit ; la fosse nasale a repris sa perméabilité respiratoire.

Depuis, le résultat se maintient. La zone d'insertion du fibrome s'aplatit. La fosse nasale droite reste béante, large, complètement libre. »

Obs. 36 :

« Traitement au télécobalt (Fondation Curie - du 6 mars au 5 avril 1958).

Thératron

Distance peau	0,55		
Champs irradiés		droit	gauche
Champ latéro-jugal		4 500	2 250
Dose totale		6 750 R	
Durée totale		1 h 27' 12"	
Etalement		31 jours	
Dose tumorale		5 280 R	
		4 725 R	

Ce traitement montre immédiatement son efficacité par une diminution très rapide (dès le 10ème jour) de l'exophtalmie qui a totalement rétrogradé en fin de traitement, en même temps que s'améliore rapidement la vision de l'œil droit. »

Obs. 44 :

« Dose tumeur 4 500 R - arrêt du traitement -
Foch - Guéri à une visite régulière du 16.3.66. »

Obs. 43 :

« M. J.-Pierre : Ce malade présentait une
deuxième récurrence, aggravée par une maladie de
Willebrand plaquettaire. Toute intervention chirurgi-
cale était exclue.

Il est traité par radiations à l'Hôpital Necker
en mars 1962. »

Lors du changement de service, sa trace est
perdue.

Notre enquête a permis de le retrouver. Ci-
contre lettre reçue.

ANALYSE

Ces 12 deuxièmes récurrences proviennent des
24 premières récurrences.

Sur ces 12, 2 ne sont pas des récurrences à
proprement parler, mais des repousses de frag-
ments laissés en place — notion classique —

Il reste 10 récurrences non attendues (un peu
moins que la moitié des cas déjà réopérés).

- Le délai moyen d'apparition de ces récurrences
est de 14 mois.
- 82 % surviennent dans les 2 ans qui suivent
l'intervention.

Le délai extrême observé dans notre
série est de 53 mois.

Il semble bien qu'au bout de 5 ans
on puisse être tranquilles.

- La similitude des deuxièmes récurrences avec
les premières est frappante sur tous les
points.
- L'abaissement de l'âge des malades (moyenne
13 ans) se poursuit.

*
**

Les 2 repousses ont été traitées chirurgicale-
ment et ont guéri.

Sur les 10 récurrences :

- 1, nous l'avons vu, n'a encore subi
aucun traitement (Obs. 46).
- 5 ont été soignées par chirurgie : 4
ont guéri.
- 4 ont été soignées par radiothérapie
et peuvent être considérées comme
guéries.

Nous n'avons pas de récurrence post-radio-
thérapique, ce qui est heureux car, d'après
LEMARIEY, une réintervention sur une telle réci-
dive serait une véritable catastrophe.

Ne serait-ce pas dans de tels cas qu'on
pourrait utiliser une chimiothérapie intra-artérielle
après examen angiographique ?

} Le bilan définitif, après ces 11 réci-
dives secondes traitées, est nettement
favorable, puisqu'un seul cas va réci-
diver.

=====
=====

CONSULTATION EXTERNE

Etablissement :

Rapporter le présent Bulletin chaque fois que l'on vient consulter

M. [REDACTED] Jean-Pierre VESCOL.

A été vu pour la dernière fois aux
Enfants Malades en Mai 1961

Est-il guéri ?

A-t-il récidivé ? *en Octobre-décembre 1962*

Si oui, comment a-t-il été soigné ?

- Traitement radiothérapique. 4000 r^{ps} pour la tumeur
avec légère diminution de la tumeur

du 12-3-62 au 4-4-1962 aux Enfants

Malades.

- Cures Thermales Allemagne 1963 - 64-65

- J'ai écrit des lettres pour renseignements complémentaires

Les spécialités pharmaceutiques ne peuvent être délivrées gratuitement aux consultants

LA RECIDIVE TROISIEME

Il s'agit de l'enfant G. SYLVAIN, Obs. 45, un de nos plus jeunes malades :

10 ans à l'apparition du fibrome.

1ère Intervention	:	24.2.64	}	déjà vu.
1ère Récidive	:	27.4.64		
2ème Récidive	:	19.10.64		
17 mois plus tard.				
3ème Récidive	:	14.2.66		

Le 23.6.66 : Consultation

Le 15.12.66 : - d° - Rien à signaler.

MOIS

53
47
43
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

10 Obs. 13

16 Obs. 4

9 Obs. 42

13 Obs. 8

12 Obs. 40

11 Obs. 38 16 Obs. 37

11 Obs. 36 14 Obs. 15

19 Obs. 12

10 Obs. 35 14 Obs. 55

12 Obs. 35

21 Obs. 43

17 Obs. 46

18 Obs. 54

17
D
Obs. 39

15 Obs. 41

Obs. C 53 13 Obs. 2 15 Obs. 23 16 Obs. 56

15 Obs. 44

10 Obs. 45

16 Obs. 37

Délai d'opération des récidives en fonction des interventions :

Dans chaque rectangle :

l'âge du malade au premier examen, et le numéro de l'Observation.

Cas D :

Venu pour récidive,
le délai n'est pas connu.

21 Obs. 43

10 Obs. 45

9 Obs. 42

10 Obs. 35

13 Obs. 8 17 Obs. 46

16 Obs. 56

15 Obs. 44

11 Obs. 36

Obs. C 53 10 Obs. 45

12 Obs. 40

PREMIÈRES RÉCIDIVES

DEUXIÈMES RÉCIDIVES

TROISIÈME



CONCLUSION

Ce travail suit l'évolution de 61 FIBROMES NASO-PHARYNGIENS retrouvés dans quatre services hospitaliers parisiens.

Il précise la proportion de récidives observées :

1/3 de premières récidives,

1/6 de secondes,

Une troisième récidive sur 61 cas.

Les repousses évidentes, ou les interventions incomplètes n'étant pas considérées comme récidives.

Il analyse la symptomatologie, les conditions et délais de survenue, les traitements, l'histologie de ces récidives, et permet de tirer des conclusions, notamment sur l'existence de facteurs favorisants, tels que le jeune âge du sujet, le volume du fibrome, les difficultés d'extraction, l'existence de prolongements, la jeunesse histologique de la tumeur.

Une mise au point est faite sur la pathogénie hormonale. L'augmentation des gonado-stimulines est le phénomène **constant** dans les séries biologiquement étudiées. L'hypogonadisme rarement constaté est classiquement considéré comme responsable. N'est-il pas en fait **secondaire** à des troubles hypophysaires ou à un dysfonctionnement d'origine haute ?

L'action des **œstrogènes** sur la tumeur, plus efficace que l'action des androgènes, tant sur les plans microscopique que macroscopique, serait un argument en faveur de cette hypothèse.

Le traitement a été étudié. L'hormonothérapie mâle ne donne que des déceptions, l'œstrogénotherapie mériterait d'être précisée.

La radiothérapie anti-hémorragique, la ligature de carotide externe, l'hypotension contrôlée ne semblent pas être des facteurs primordiaux du contrôle opératoire de l'hémostase.

Malgré les récidives, la **chirurgie** est le meilleur traitement. Ses risques ont considérablement diminué grâce à l'anesthésio-réanimation actuelle.

La radiothérapie, par contre, est une thérapeutique complémentaire de choix après récidives multiples. Chez nous, elle s'est avérée parfaitement efficace : 4 cas ont été traités, 4 guérisons. Les radiations à haute énergie ou les implantations

intra-tumorales peuvent être employées. (Yttrium 90)

L'Angiographie carotidienne sélective, technique qui n'a pas encore été exploitée dans ces tumeurs, est un facteur de progrès.

Elle permet :

- de visualiser dans certains cas des prolongements intra-crâniens, non diagnostiqués par les autres examens cliniques ou paracliniques, prolongements probablement à l'origine de certaines récidives.
- de rendre inutile la biopsie, rejetée formellement par certains, redoutée de tous. Dans les cas difficiles, le diagnostic radiologique du squelette vasculaire angiomateux est quasi pathognomonique.
- de préciser l'origine, l'importance de la vascularisation tumorale, et de **prévoir** l'efficacité ou non des ligatures de carotide externe.

Si nos 61 fibromes ont nécessité quatre-vingt-dix-huit ensembles thérapeutiques pour guérir, jamais, pas une seule fois, ne s'est ressentie la nécessité de faire une chimiothérapie intra-artérielle.

Le pourcentage de récidives ne laisse pas de surprendre, mais,

d'un service à l'autre,

d'un opérateur à l'autre,

les proportions de récidives sont constantes.

La volonté de parfaire les interventions, le sérieux des chirurgiens ne font aucun doute. Leur multiplicité est une garantie statistique des résultats obtenus.

Classiquement attribuée à la repousse d'un fragment négligé, la récidive donne mauvaise conscience :

Bien entendu, ce fait a été constaté et vérifié dans notre travail. Mais cette constance des pourcentages, retrouvée partout, ces chiffres au-dessous desquels personne ne peut descendre, témoignent que des récidives surviennent après les ablations les mieux faites.

Le fibrome naso-pharyngien est une maladie qui s'opère.

Tous ont guéri sans séquelles notables.

EXTRAITS DES OBSERVATIONS

Extraits de l'observation du fibrome récidivé 3 fois

OBSERVATION 45

G... Sylvain

10 ans en février 1964 - EVREUX.

Le diagnostic est fait à Evreux.

Vu pour la première fois jeudi 13 par le Dr. S.

« Fait faire des radiographies que je vous joins. Alors qu'il ne saignait pratiquement pas, voilà que depuis hier il a présenté trois épistaxis assez abondantes. Cette évolution un peu rapide m'inquiète et j'aimerais bien avoir votre avis... »

Le fibrome : Opéré le 24 février 1964.

C.R.O. : Voie de Rouge.

Résection de la paroi externe de la fosse nasale et du cornet moyen. L'implantation du fibrome se fait au pôle supérieur de la choane.

Biopsie : Ce fibrome est parvenu morcelé. L'image histologique en est très typique. On voit en effet une prolifération fibroblastique histiocytaire dans laquelle l'édification du collagène est extrêmement abondante.

Comme il est de règle dans cette variété tumorale, la vascularisation est très dense et est assurée par de grands lacs veineux, à paroi musculaire épaisse et renfermant souvent dans leur lumière de nombreuses hématies.

La muqueuse pituitaire de surface est en plusieurs endroits le siège d'une métaplasie malpighienne. Aucune anomalie cytonucléaire n'a été notée. Il n'existe aucun élément qui permette de fournir un pronostic sur la survenue éventuelle, mais prévisible de récurrence.

Conclusion : Fibrome naso-pharyngien.

1ère Récidive : Entré de nouveau pour hémorragie.

Biopsie à la Fondation Curie : Fibrome naso-pharyngien très caractéristique.

Opéré le 27.4.64 :

Abord par voie de Rouge Denker précédemment créée. Ablation à la pince de Lechatellier de fragments tumoraux avec base d'implantation périostée aux bords supérieur et externe de la choane.

Tamponnement postérieur.

Biopsie : L'étude histologique de ce prélèvement montre en effet la récurrence d'un fibrome naso-pharyngé. Cette lésion, assez voisine dans sa morphologie au prélèvement précédent (27.693), infiltre le tissu osseux du maxillaire et comporte une vascularisation très importante.

On y découvre aussi quelques îlots inflammatoires dont certains sont centrés par un matériel de suture et laissés sans doute par la précédente intervention.

Conclusion : Récurrence d'un fibrome naso-pharyngé.

2ème Récidive : Le 4.6.64.

Opéré le 19.10.1964 :

Reprise par la voie de Rouge antérieurement réalisée.

Ablation à la pince d'un volumineux fibrome implanté sur le rebord supéro-externe de la choane gauche. L'ablation paraît complète.

Tamponnement postérieur et endo-nasal.

Biopsie : L'étude histologique montre une tumeur morphologiquement comparable à celle constatée précédemment.

Cette tumeur est constituée par une prolifération fibroblastique et conjonctive, une prolifération vasculaire apparemment veineuse et lacunaire. Les limites de cette tumeur sont peu précises. Aucune anomalie cytonucléaire n'a été relevée, aucune cellule inflammatoire n'est présente.

Conclusion : Fibrome naso-pharyngien évolutif et récidivant.

3ème Récidive : 7.2.66.

Opéré le 14.2.1966.

Anesthésie générale. Reprise par la voie de Rouge Denker précédemment utilisée.

Jour immédiatement facile sur la fosse nasale gauche et sur une masse polypoïde insérée en regard de la queue du cornet inférieur gauche qui est enlevée au serre-nœud, puis ablation à la pince sous contrôle d'un doigt dans le cavum gauche, de plusieurs fragments de tissu blanchâtre et dur comblant un peu le pourtour externe de la choane avec saignement d'abondance modérée.

Tamponnement très facile. Une compresse dans la profondeur, une mèche de 5 en avant.

Aucun accident anesthésique, aucune injection de novo adrénalinée.

Biopsie : L'étude anatomo-pathologique montre que les trois prélèvements adressés sont constitués principalement par un tissu fibreux, dense, riche en substances collagènes, qui contient d'assez nombreuses formations vasculaires de type capillaire.

Le fragment polypoïde est revêtu par une muqueuse respiratoire mince. La partie centrale de ce prélèvement est faite d'un tissu fibreux dense qui est le siège, en sa partie périphérique sous-muqueuse, d'importants phénomènes œdémateux. Il n'a pas été vu de réaction cellulaire inflammatoire.

Cet aspect histologique est compatible avec le diagnostic de récidive de fibrome naso-pharyngien.

Conclusion : Récidive du fibrome naso-pharyngien.

Sorti le 12 mars 1966.

Le 23.6.1966 : Consultation.

Le 15.12.1966 : Consultation. Tout va bien.

=====

Extraits des observations des fibromes récidivés 2 fois

(40 - 42 - 43 - 44 - 46 - 56 - 8 - 35 - 36 - 37 - 53)

OBSERVATION 40

V... Michel

12 ans en 1951.

Fibrome opéré le 8.11.1951.

1ère Récidive : Opéré le 13.4.53.

Anesthésie générale bien supportée après préparation de base.

Incision de Calwell Luc, voie d'abord de Rouge Denker. Résection de tout le tissu fibreux correspondant à l'intervention précédente.

On tombe immédiatement sur la masse fibromateuse qui occupe toute la moitié postérieure de la fosse nasale. On essaie d'en faire le tour par trois fois : trois fois le serre-nœud dérape. On procède alors par morcellement.

Dès le premier essai de morcellement, une hémorragie considérable se produit. A travers cette hémorragie, on arrive néanmoins à retirer par morcellement en cinq ou six fois, une masse du volume d'une mirabelle. On se réserve de faire le premier pansement d'ici trois jours sur la table d'opération.

2ème Récidive : Opéré le 9.5.53 : (En fait attendue par suite d'intervention incomplète la fois précédente).

Anesthésie générale après préparation très bien supportée. Intubation intra-trachéale à ballonnet.

1°) Ligature de la carotide externe que l'on pratique au-dessus de la thyroïdienne supérieure.

2°) Reprise de l'incision gingivo-jugale qui permet d'entrer directement dans le sinus maxillaire dont la paroi externe a été largement enlevée au cours des précédentes interventions. On élargit largement à la pince de Calwell Luc la brèche de la paroi antérieure du sinus. On découvre tout de suite la masse fibro-

mateuse que l'on trouve en profondeur au niveau de l'orifice choanal.

On a l'impression, tout d'abord qu'elle fait corps avec la cloison, mais on arrive à la détacher de cette cloison à l'aide d'une spatule. On contourne cette masse et on en précise le point d'insertion à la partie la plus inférieure du rebord choanal interne, c'est-à-dire vraisemblablement au niveau de l'apophyse ptérygoïde.

A l'aide d'une rugine, on désinsère ce pédicule qui permet de libérer une masse qui comble le cavum et le sphénoïde, dont la paroi postérieure paraît avoir totalement disparu.

Pendant tout ce temps, un certain saignement se produit, dont on a raison rapidement par l'aspiration et deux ou trois tamponnements successifs. On croit à ce moment avoir terminé l'intervention, lorsqu'on se rend compte qu'il existe une zone correspondant à la fosse ptérygo-maxillaire. A l'aide d'une curette à sinus frontal, on pénètre par la fosse ptérygo-maxillaire et on soulève une grosse masse maintenue par trois adhérences fibreuses à la fosse ptérygo-maxillaire. Aussitôt, tout suintement saignant s'arrête, et on peut réviser la cavité tout à fait sèche, et se rendre compte que l'intervention est complète.

OBSERVATION 42

T... Christian

9 ans en 1957 - BEAUFFAY (Sarthe).

Fibrome opéré en octobre 1957.

1ère Récidive : Opéré en janvier 1960.

2ème Récidive : 6.7.1961 :

Histoire de la 2ème Récidive.

6.7.1961 - Cher Maître,

Ce jeune homme de 12 ans présente une obstruction nasale depuis un an semble-t-il.

Au premier examen, le 17-5-61, on trouve un cavum comblé par une tuméfaction ferme et un peu violacée, et une fosse nasale droite occupée par un polype énorme bouchant complètement la fosse nasale.

Une biopsie du cavum donne un premier résultat : adénoïde remanié par infection.

1ère Biopsie : Cette formation est recouverte par un épithélium respiratoire cylindrique cilié, le chorion contient de multiples îlots lymphoïdes à centre clair disposés le long de cryptes dont la lumière est encombrée par des sécrétions purulentes.

Il s'agit donc de végétations adénoïdes remaniées par de l'inflammation. Il n'y a pas d'indice de malignité dans les coupes examinées.

Une intervention à la curette ne permet pas de détacher cette masse et on enlève des morceaux importants à la pince. Il s'agit d'une masse très ferme et dure. Ablation très incomplète.

2ème Biopsie : Ce nouveau prélèvement a été étudié sur de larges coupes. Les deux fragments se présentent sous le même aspect : ils sont tapissés l'un et l'autre par un épithélium en partie respiratoire, en partie malpighien-métaplasique, ce dernier s'invagine au niveau de petites cryptes étroites, le long de celles-ci les îlots lymphoïdes sont régulièrement disposés. Ils possèdent un centre germinatif net et un mamelon lymphocytaire régulier.

On rencontre également de nombreux bouquets de glandes muqueuses, et cette seconde biopsie confirme donc les indications de la première. C'est un foyer amygdalien aberrant. Il n'existe ni tumeur, ni inflammation spécifique.

J'ai enlevé un énorme morceau de la fosse nasale sans saignement. Peut-on parler de fibrome naso-pharyngien ?

Examen Anatomo-Pathologique à Paris Hôpital Necker après intervention (18.7.61) :

L'étude histologique montre qu'il s'agit effectivement d'un fibrome naso-pharyngien. Celui-ci est recouvert d'une muqueuse cylindrique de type respiratoire.

Le chorion sous-jacent est fibreux, œdématié et contient de multiples éléments vasculaires du type capillaire, vides de sang.

Va bien.

M... Jean-Pierre

21 ans en 1959 - VESOUL.

Fibrome opéré le 5.3.59.

Fibrome à développement sphénoïde (tomos et radios).

10.3.59 : C.R.O. : Fibrome du cavum.

Biopsie Hôpital Necker :

Prélèvement d'une tumeur pharyngée à type de fibrome naso-pharyngien.

Les fragments soumis à l'étude histologique concernent partiellement seulement un fibrome naso-pharyngien remarquable par la densité de l'édification collagène et le caractère lacunaire de son irrigation.

A côté de ces fragments, des glandes muqueuses et quelques débris cartilagineux ont été observés, dont il est impossible de céler l'origine. Les fibromes naso-pharyngiens sont des tumeurs dont l'histologie n'est guère capable de préciser le degré d'évolutivité. Ici, elle ne semble guère menaçante + + +

23.4.59 : R.A.S. - Sera revu dans 15 jours.

1ère Récidive : 6.1.60 : Polype nasal récidivant !

8.1.60 : Biopsie :

Il n'est pas possible, sur le prélèvement adressé, de former le diagnostic de fibrome naso-pharyngien. On ne voit en effet que des lésions inflammatoires subaiguës non spécifiques recouvrant un tissu conjonctif un peu dense, mais n'ayant pas du tout l'aspect d'une tumeur.

Le caractère négatif de cette réponse n'exclut pas formellement l'hypothèse clinique avancée en raison du caractère superficiel du prélèvement.

29.1.60 : Récidive opérée.

C.R.O. : Fibrome naso-pharyngien, voie d'abord de Rouge à gauche.

5.2.60 : Zone du pédicule, anatomo-pathologie :

L'examen histologique montre une récidive tumorale possédant les caractères morpholo-

giques sensiblement différents de ceux de la tumeur précédente, car modifiés par une prolifération capillaire considérable, une importante réaction inflammatoire.

Cette lésion est ulcérée et recouverte d'un épais enduit fibrineux. Les caractères morphologiques des vaisseaux et des cellules visibles dans la profondeur sont inquiétants. En effet, les cellules sont groupées en foyer dense. Les mitoses sont rares et les anomalies nucléaires sont fréquentes.

La disposition des capillaires est très souvent anarchique. Cet aspect, rapproché du caractère récidivant après 20 ans, est d'un histo-pronostic très sévère. Il doit faire envisager une radiothérapie complémentaire.

Conclusion : Récidive anaplasique et très vasculaire d'un fibrome naso-pharyngien.

2ème Récidive : Mars 1962 : Envoyé au Centre de Traitement des Tumeurs, Service des Radiations Ionisantes, Hôpital Necker.

Observations du Service des Radiations Ionisantes :

Il s'agit d'un fibrome particulièrement hémorragique, aggravé par l'existence d'une maladie de Von Willebrand. Il a été opéré à plusieurs reprises, en 1959 et en 1960, toujours sans succès.

Il est impossible de pratiquer l'exérèse du pédicule. Depuis mars 1960, les épistaxis persistent.

En rhinoscopie postérieure, on voit une masse tumorale s'étendant sur la paroi latérale du cavum et gagnant la paroi postérieure.

Cette tumeur n'est pas maligne, d'une part elle n'augmente pas de volume; d'autre part, l'examen histologique a montré qu'il s'agit d'un fibrome naso-pharyngien.

Radiothérapie mise en œuvre au niveau du cavum par deux champs latéraux droit et gauche.

Dose délivrée : 2 500 r. sur chaque champ.

4.4.62 : Après 2 500 r., la masse a bien diminué.

9.4.62 : Refaire radios et décision pour radiothérapie fortes doses...

Le malade a été perdu de vue, mais il a été retrouvé par notre enquête personnelle. Il va bien actuellement (février 67).

P... Gérard

15 ans - SURESNES.

Fibrome opéré le 30.1.1962.

5.2.1962 : Résultat histologique :

L'étude histologique confirme sans difficulté le diagnostic de fibrome naso-pharyngien, et précise son caractère homogène, sa riche vascularisation et la présence de petites thromboses fibrineuses récentes. Il n'a pas été vu de métastases ni d'anomalies nucléaires, mais l'on sait que cette quiescence cytologique n'a pas de grosse signification sur l'allure évolutive de cette tumeur...

1ère Récidive : Opéré le 14.4.62.

21.4.1962 : Résultat de la biopsie :

L'étude des **fragments** adressés confirme le diagnostic de fibrome naso-pharyngien. On observe en effet de multiples formations vasculaires, de taille et de forme variables, siégeant au sein d'une prolifération vasculaire conjonctive. Un des prélèvements intéresse une paroi de fosse nasale normale.

2ème Récidive : 2.1.1963 : Envoyé au Centre Médico-Chirurgical Foch à Suresnes pour traitement radiothérapique. L'observation qui suit est celle de l'Hôpital Foch :

Le 17.1.63 : Radios et Tomos (ont déjà été transcrites).

29.1.63 : Pas de modification de la tumeur.

2.2.63 : Hospitalisation à Foch.

2 730 000 rouges ce jour.

Reprise des épistaxis dans la nuit du 2 au 3 - Transfusions.

4.2.63 : Nouvelle transfusion.

5.2.63 : 3 710 000 rouges.

Deux injections de Stérandryl 25 par semaine. Ce jour ne saigne plus.

14.2.63 : Amélioration de la perméabilité nasale, en particulier de la narine gauche où la tumeur visible s'est aplatie; diminution également au miroir.

15.2.63 : ... Je vous adresse comme convenu le jeune Gérard P... qui a actuellement une dose profonde de 3 000 r.

Il n'a pas resaigné depuis le 3 février. Il a

reçu deux transfusions sanguines de 250 cc. Il a actuellement deux comprimés d'adrénosyl et une ampoule de stérandryl 25 par semaine.

Nous avons demandé le dosage comme vous le désirez, des 17 Céto : 2,5 mg/24 heures.

21.2.63 : La tumeur est toujours visible au niveau de la narine gauche sans modification par rapport au dernier examen.

Très légère diminution de volume à l'examen du cavum.

Thorax : R.A.S.

Cavum : Le lipiodol moule la partie antérieure de la tumeur, comblant la totalité de la fosse nasale. Une fine coulée montre une tuméfaction du c. du cavum.

Tomos : Volumineuse opacité tumorale à majoration comblant la fosse nasale, atteignant le toit du cavum inférieur.

Sa partie inférieure atteint la jonction du voile membraneux - osseux.

26.2.63 : Traitement terminé.

Arrêt à 4 500 r.

Le traitement est bien supporté.

Numération : 3 050 000 rouges.
4 000 blancs.

Diminution importante de la masse tumorale visible dans la narine gauche.

Au miroir : aplatissement.

27.3.63 : A présenté deux épistaxis 24 heures après sa sortie.

Depuis, aucune hémorragie.

Bon état général.

La perméabilité nasale a considérablement augmenté. La tumeur narinaire gauche a encore diminué de volume.

Au miroir : aplatissement de la lésion.

3.7.63 : Bon état général. Ne saigne plus.

Disparition pratiquement complète de la lésion.

5.9.63 : Excellent état local et général.

Disparition complète des hémorragies et des lésions à l'examen.

5.2.64 : Aucune hémorragie. Très légère gêne respiratoire. Petite zone jaunâtre sur le toit du cavum à gauche.

7.10.64 : Aucune hémorragie. Aucun signe de récurrence locale.

30.6.65 : Ne saigne plus. Bon état.

16.3.66 : 61 kilos. Aucune hémorragie, aucune récurrence.

OBSERVATION 46

H... Dominique

17 ans en 1964 - SAINT-MAURICE-SUR-SEINE.

Fibrome opéré le 20.10.64.

18.9.64 : ...Je vous adresse H... Dominique, porteur d'un volumineux fibrome naso-pharyngien gauche, avec un envahissement ethmoïdo-sphénoïdal. Il a subi une irradiation anti-inflammatoire de 600 r. de chaque côté à Curie et une injection hebdomadaire de gonadotrophine chorionique 1 500 u. pendant deux mois et demi.

Croyez...

20.10.64 : Opéré.

C.R.O. : Voie para-latéro-nasale. Fibrome naso-pharyngien. Paroi externe largement sessile. Hémorragie peu importante. Exérèse pratiquée.

28.10.64 : L'étude anatomo-pathologique montre une tumeur conjonctivo fibreuse dense, possédant une vascularisation très importante de type lacunaire. Cette tumeur possède une densité cellulaire peu importante. On note quelques anomalies nucléaires. Ses caractères histologiques et cytologiques sont ceux d'un fibrome naso-pharyngien.

1ère Récidive : 9.7.65 : Opéré.

Histo : Les 4 fragments tumoraux, pesant au total 15 grammes, sont constitués par un tissu fibreux relativement riche en éléments cellulaires, qui est hypervascularisé. L'épithélium qui revêt cette tumeur a subi une métaplasie malpighienne partielle. Cet aspect est celui d'un fibrome naso-pharyngien.

Conclusion : récurrence de fibrome naso-pharyngien.

2ème Récidive en février 1967 du fibrome qui n'a pas encore été traité. Le jeune homme reste chez lui !

OBSERVATION 56

P... Michel

16 ans en 1962 - PANTIN.

Fibrome opéré le 10 avril 1962.

Michel P..., Etudiant, entre dans le service pour épistaxis, suite à l'ablation d'un « polype choanal gauche » le 14.3.62 sous anesthésie générale (pas dans le service). Il avait été opéré il y a un an d'une sinusite maxillaire.

Le 14.3.62 : hémorragie per-opératoire importante.

— Hémorragie secondaire le 18.3.62.

— Nouvelle hémorragie le 26.3.62. Tamponnements. Transfusions.

Entre dans le service : Le 29.3.62 : déméchages.

Léger suintement sanguinolent.

6.4.62 : Rentre en urgence pour récurrence d'épistaxis et récurrence. Méchage.

10.4.62 : Opéré.

C.R.O. : Intervention pour fibrome naso-pharyngien gauche. Incision vestibulaire sur ancienne cicatrice. Trépanation à la gouge de la face antérieure du sinus maxillaire. Ouverture de la cloison inter-maxillo-nasale. Déjà le saignement est assez important. On introduit par cette voie la pince de Lechatellier et on fait l'ablation du fibrome en plusieurs fragments avec contrôle par le doigt dans le cavum. L'ablation paraît complète, méchage complet de la cavité nasale.

1ère Récurrence : 7.7.62.

2ème Récurrence : Découverte suite à l'examen du 24.4.63 :

Bille dans la fosse nasale gauche plus ou moins infectée. Découverte de contrôle post-opératoire. Entre dans le service le 15.5.63 pour récurrence. Pas d'épistaxis depuis la dernière hospitalisation ni de rhinorrhée purulente, ni d'obstruction nasale.

Au 15.5.63 : masse énorme recouverte de croûtes au fond de la choane gauche, à insertion latérale atteignant la ligne médiane.

C.R.O. du 16.5.63 :

Anesthésie générale, intubation. Ablation à la pince de Hautant.

22.5.63 : Pansements sous anesthésie générale.

27.5.63 : Déméchage au lit, pas d'hémorragies, pas de troubles d'aucune sorte.

27.11.63 : Va bien.

Fosse nasale gauche béante.

24.6.64 : Excellent état local.

OBSERVATION 8

M... Daniel

13 ans en 1960 - (Manche).

Fibrome opéré le 28 janvier 1960.

1ère Récurrence : Opérée le 22 novembre 1961.

2ème Récurrence : Opérée le 23 novembre 1962.

Complétée les 27.11.62 - 4.12.62 - 6.12.62 - 17.12.62.

Va bien en 1966.

— Pour l'observation « in extenso », se reporter à l'article : « Aléas évolutifs au cours de ce Traitement Naso-Pharyngien », Annales d'O.R.L. 1964.

OBSERVATION 35

G... Emmanuel

9 ans 1/2 en 1955.

Fibrome opéré le 11 juin 1955.

1ère Récurrence : Opéré le 23.3.1957.

2ème Récurrence : Juin 1958.

Guéri en 1966.

— Outre les extraits cités dans le texte, on pourra se reporter à la plaquette de Monsieur LEROUX-ROBERT (Fibrome Naso-Pharyngien 1964).

OBSERVATION 36

C... Jacques

11 ans 1/2 en 1956.

Fibrome opéré le 21.6.1956.

1ère Récidive : Opéré le 17.9.1957.

2ème Récidive : Le 3 mars 1958.

— Outre les extraits cités dans le texte, se reporter à la plaquette de Monsieur LEROUX-ROBERT (Fibrome Naso-Pharyngien 1964).

OBSERVATION 37

B... Daniel

16 ans en 1956 - SEDAN.

Fibrome opéré le 26.10.1956.

1ère Récidive : Opéré le 14.2.1958.

2ème Récidive : Opéré le 4.9.1962.

Guéri en 1966.

— Outre les extraits cités dans le texte, se reporter à la plaquette de Monsieur LEROUX-ROBERT (Fibrome Naso-Pharyngien 1964).

OBSERVATION 53

V... Maurice

Fibrome opéré le 25.2.55 sous hypotension contrôlée.

1ère Récidive : Opéré le 14.6.55.

2ème Récidive : Opéré le 18.11.55.

=====

Extraits des observations des fibromes récidivés une fois

(2 - 4 - 12 - 13 - 23 - 39 - 41 - 54 - 15 - 25 - 55 - 38)

OBSERVATION 2

V... Antoine

13 ans en janvier 1966 - PARIS (XIII^e).

13.1.1966 : Opéré fibrome naso-pharyngien sous anesthésie générale.

Incision vestibulaire, abord par un Denker élargi. Ablation du prolongement nasal au serre-nœud. La masse cavaire est extraite en totalité à la pince.

Tamponnement antérieur et postérieur.

Résultat histologique confirmatif.

Récidive le 6 mai 1966 :

Abord par Denker élargi. Un volumineux prolongement antérieur comble la fosse nasale et le sinus maxillaire. On réussit à assurer une prise au serre-nœud, et à extraire la quasi-totalité de la tumeur.

Un prolongement antérieur s'engageant vraisemblablement dans le sinus sphénoïdal est enlevé à la pince de Lechatellier. Après vérification soigneuse de la choane et hémostase de deux artères saignant en jet, tamponnement postérieur et antérieur.

A noter un choc à la fin de l'intervention, rapidement combattu.

OBSERVATION 4

D... Claude

15 ans en 1962 - (Calvados).

Fibrome (identique aux autres Observations).

Opéré le 2.11.1962.

Rhinoscopie antérieure : A gauche, la choane est bloquée par un prolongement qui s'avance en s'effilant le long du plancher jusqu'à la moitié de la fosse nasale.

Après aspiration, l'aspect est bien celui d'un fibrome et non d'un polype réactionnel.

A droite, la fosse nasale est libre, encore que la partie postérieure de la cloison paraisse légèrement refoulée.

Rhinoscopie postérieure : Le cavum est encombré par une masse arrondie du volume d'une petite fraise de coloration violacée.

L'orifice tubaire gauche, la choane gauche, le vomer sont invisibles ; la tumeur empiète sur la partie basse de la choane droite. On ne pratique pas de toucher, le diagnostic de fibrome paraissant évident.

Radios : Nez-menton-plaques : Léger voile du sinus maxillaire, opacité de la partie basse de la fosse nasale gauche.

Nez-front-plaques : — id. —

Profil gauche : Ombre sur le sinus sphénoïdal.

Hirtz : Ombre sphénoïdale-étoile ptérygoïdienne un peu floue, fosse nasale gauche floue.

Examen oculaire normal, pas d'exophtalmie, fond d'œil normal, mobilité normale.

Dosage des 17 cétostéroïdes.

Formule sanguine.

T.S.

T.C.

Préparation antibiotiques, transfusion 150 cc.

Intervention sous anesthésie générale avec sonde trachéale et tamponnement hypopharyngé.

Voie d'abord de Denker élargie, avec résection de la paroi sinuso-nasale 2/3 inférieurs de l'ethmoïde. Infiltration novo-adréalinée. Sinus maxillaire libre, cellules ethmoïdales encombrées de polypes.

Le prolongement endonasal apparaît couché sur le plancher, mais la tumeur est complètement encastrée dans la choane et remonte vers le sinus sphénoïdal. On améliore la visibilité

par la résection du segment postérieur de la cloison. Il apparaît après contrôle au doigt de la masse rétrovélique que le serre-nœud ne pourra donner une prise efficace tant que le prolongement nasal n'aura pas été extrait.

Infiltration du fibrome à la novocaïne 1/100, additionnée de 2 gouttes d'adrénaline par cc. Montée rapide de la tension, de 10 1/2 à 20.

Prise sur le prolongement nasal qui est ramené sans hémorragie notable.

On n'a pu effectuer cette prise qu'après rugination de haut en bas de l'insertion sur l'aile interne de la ptérygoïde. Au cours de ces manœuvres, le maxillaire interne a été blessé au trou sphéno-palatin, nécessitant la mise en place d'une pince pendant la prise et la fin de l'intervention.

Après plusieurs tentatives infructueuses, on parvient à circonscrire la masse rétrovélique. La prise permet de ramener le fibrome en totalité avec son prolongement sphénoïdal.

Pansement ; la pince enlevée, très léger suintement au niveau de la maxillaire interne, qui cède au tamponnement.

1) Tamponnement postérieur choanal.

2) Mèche dans la cavité, imprégnée de pomade à l'auréomycine.

3) Mèche nasale gauche antérieure.

Pas d'hémorragie secondaire, pas de réaction thermique.

4.11.62 : Violente conjonctivite, bilatérale, prédominant du côté non opéré.

8.11.62 : Pansement sous anesthésie générale intraveineuse. Un suintement persistant au niveau de la maxillaire interne.

Kératite du côté non opéré. Aurait existé avant l'intervention.

13.11.62 : La kératite s'est améliorée. Pansement sous anesthésie générale intraveineuse. Ablation de la mèche de la cavité. Après un tamponnement choanal, pas d'hémorragie immédiate.

On ramène la pénicilline de 5 à 2 millions.

Suppression du choanal.

24.4.63 : Revu : Va bien.

24.7.63 - 22.1.64 - 20.1.65 : Bon état, croûtes.

Récidive : 27.6.1966.

Opéré le 27.6.66.

P... Raymond

19 ans en février 1953 - BRANSIES (S.-et-M.)

Entré le 4 février 1953 pour fibrome naso-pharyngien.

Obstruction nasale progressive à droite. Une épistaxis il y a trois ans ne peut pas être nettement rattachée au fibrome. Néanmoins, c'est depuis trois ans que s'est développée l'obstruction.

A l'entrée, sujet grand, fortement ossifié, non anémique, dont la température atteint le soir 37.7 ou 37.8.

Rhinoscopie antérieure : Synéchies importantes entre le cornet inférieur et la cloison, masquant l'étage moyen de la fosse nasale. On aperçoit après cocaïne un prolongement violacé un peu œdémateux, de consistance fibreuse au toucher.

Rhinoscopie postérieure : Une masse du volume d'une prune présentant la coloration lilas et l'aspect typique d'un fibrome naso-pharyngien est apparue à l'angle antéro-externe du plafond du cavum, masquant la choane droite sans déformer la voile.

Radios : Nez-menton-plaque : Opacité de la moitié inférieure de la fosse nasale droite, légère réaction ethmoïdo-frontale droite. Opacité du sinus maxillaire gauche.

Base : Ombre massive comblant la moitié postérieure de la fosse nasale droite, refoulant la cloison et la paroi sinuso-nasale, débordant sur le plafond du cavum. Sinus sphénoïdal suspect.

Profil droit : Ombre diffuse dont on retrouve les fragments, de contenu polycyclique centrés sur la partie basse de la ptérygoïde. Le sinus sphénoïdal paraît clair.

Examen hématologique :

Hémoglobine : 85 %.

Hématies : 4 700 000.

Leucocytes : 9 200.

T.S. 2'.

T.C. 3'1/2.

B.V. Négatif.

Urée : 0,27.

Examen du fond d'œil : Négatif.

Tympan droit rétracté.

12.2.53 : Intervention sous anesthésie loco-régionale.

Incision vestibulaire débordant légèrement le frein de la lèvre supérieure en dedans, et poursuivie en dehors jusqu'au contrefort malaire.

Denker élargi, résection de la cloison inter-sinuso-nasale

du cornet inférieur (synéchié à la cloison)

du cornet moyen (synéchié avec le prolongement nasal du polype).

Résection de la partie basse de l'ethmoïde.

A noter la présence dans le sinus maxillaire d'un polype kystique du volume d'une grosse cerise.

Le Denker élargi n'a donné lieu à aucune hémorragie gênante.

La résection a complètement isolé un volumineux prolongement nasal qui comblait l'étage moyen et l'étage inférieur, moulé sur le cornet inférieur et enroulé sous lui jusque dans le méat.

Le prolongement laisse passer entre lui et le plancher un stylet qui bute dans le fond à la jonction du prolongement nasal et de la portion pharyngée. L'insertion paraît se faire sur l'aile interne de la ptérygoïde à la jonction des deux parties de la tumeur. Enrobement de la tumeur par mèche adrénalinée. Pas d'injection (voir tension).

Il apparaît impossible de circonscrire dans une anse, une tumeur aussi franchement bilobée.

On applique l'anse sur le prolongement nasal, aussi près que possible du pédicule.

Après une première prise insuffisamment appuyée, qui laisse prévoir le dérapage, on réussit une prise tenace.

La traction ramène d'un bloc le prolongement nasal allongé, la tumeur cavaire ronde et un prolongement supérieur multi-lobulé, présentant deux prolongements sphénoïdaux pigmentés de 6 mm.

L'hémorragie est minime, réserve faite de la sphéno-palatine qui donne en jet. On contrôle l'insertion effectivement ptérygoïdienne et l'absence de tout reliquat de fibrome.

Le sinus sphénoïdal est réduit à l'état d'une cavité unique où l'index enfonce aisément. Le plafond paraît intact.

3 mèches dans le cavum, dont la plus profonde (double de longueur), tamponne le cavum.

L'anesthésie a été parfaite, réserve faite d'une douleur assez vive à l'arrachement.

19.2.53 : Déméchage.

Un suintement artériel au niveau des parties molles de l'arrière-fond ptérygo-maxillaire, résistant à l'application de thrombage. Nécessite la mise en place d'une mèche.

24.2.53 : Déméchage définitif.

Examen histologique : Angiofibrome présentant de vastes plages de nécrose hémorragique. Pas de dégénérescence maligne.

12.3.54 : Récidive fibrome naso-pharyngien de 1953.

Le malade n'a pas été revu depuis 8 mois.

Le plafond de la choane présente une avancée suspecte recouverte de croûtes noirâtres ou brunes. L'ablation prudente d'un vaste lambeau croûteux détermine une hémorragie abondante.

A l'aspiration, on découvre qu'elle provient d'une tumeur polypoïde en battant de cloche, rouge vermillon, qui n'est pas un polype banal, mais une récidive du fibrome.

25.3.54 : Anesthésie loco-régionale.

L'ancienne cavité, après rugination laborieuse, est retrouvée à peu près intacte dans ses dimensions antérieures. Toute la partie externe du sinus maxillaire est comblée de polypes muqueux. La partie interne du sinus et la partie postérieure de la fosse nasale sont occupées par une masse polypoïde bilobée extrêmement vasculaire.

Enrobement de la tumeur par mèche de cocaïne adrénalinée 50 %. Injection de novocaïne adrénalinée à 2 gouttes cc. au niveau de la région voisine du pédicule.

Ce pédicule est inséré sur l'aile interne de la ptérygoïde et sa partie haute au voisinage du plafond de la choane.

Mise en place d'un serre-nœud qui sectionne le pédicule sans réussir à le désinsérer complètement. La tumeur est ramenée dans une deuxième prise. Pas d'hémorragie considérable. Le pédicule où reste un trousseau fibreux est inséré sur une saillie osseuse que l'on abrase à la gouge en avant du trou sphéno-palatin. Deux artères donnent abondamment, mais d'une façon transitoire.

On termine par le curetage de nombreux polypes muqueux dans la cavité des deux sinus sphénoïdaux confondus.

Une mèche malgré l'absence d'hémorragie.

OBSERVATION 13

A... Jean-Bernard

10 ans - SAUMUR.

22.7.53 : Adressé pour fibrome naso-pharyngien.

Légères épistaxis en novembre 1952 attribuées à une déficience hépatique. Quelques petits saignements au début de l'année 1953.

En mai, hémorragie redoutable, incoercible, par la narine droite.

Le 2 juillet, épistaxis modérée à droite. Parallèlement, obstruction progressive de la fosse nasale droite.

Le 22 juillet, à l'entrée, enfant un peu pâle, légèrement fébrile : 37.5/37.8, présentant une obstruction complète de la fosse nasale droite au miroir de Glatzel.

Rhinoscopie antérieure :

A droite : à la partie la plus reculée de la fosse nasale, tumeur allongée verticalement, de coloration rouge sombre, ferme au stylet et saignant facilement. Indépendante du cornet inférieur et du cornet moyen, laissant passer le stylet au niveau du plancher, mais appliquée intimement en dedans à la cloison.

A gauche, la fosse nasale est libre, mais le saignement postérieur de la cloison est refoulé par la tumeur.

Rhinoscopie postérieure : Choane droite bloquée par une tumeur gris violacé, qui masque en outre le plafond du cavum et l'orifice tubaire droit. Consistance presque cartilagineuse. Pas d'hémorragie notable.

Radiographies : Nez-menton-plaque : Fosse nasale droite opaque. Sinus maxillaire et ethmoïde clairs.

Idem sur clichés front-plaque.

Hirtz : Ombre juxta-ptérygoidienne. Opacité du sinus sphénoïdal droit et déviation vers la gauche de la cloison inter-sphénoïdale.

Profils droit et gauche : R.A.S.

Tympan droit rétracté.

Fond d'œil normal.

Examen hématologique :

Groupe A Rh +.

Temps de saignement : 2'30.

T.C. : 4,2.

Hémoglobine : 80 %.

Hématies : 4 200 000.

Leucocytes : 4 200.

28.7.53 : Opération sous anesthésie circuit fermé cyclopropane-éther.

Sonde trachéale à bâtonnet et hypotension contrôlée maintenue aux environs de 6.

30 mg de penthiomide.

1) Denker élargi. Ablation d'une canine définitive.

Le sinus maxillaire est vide.

Ablation de la paroi inter-sinuso-nasale, du cornet inférieur et du cornet moyen.

Résection de la partie basse de l'ethmoïde antérieur et postérieur.

2) Application durant quelques minutes de mèches adrénalinées. Le prolongement nasal du fibrome est bien isolé.

L'insertion de la tumeur paraît se faire au pôle supéro-externe de l'arc choanal.

La tumeur, fortement appuyée contre la cloison, ne saurait être circonscrite par l'anse du serre-nœud.

3) Résection du bord postérieur du Vomer. Donne immédiatement un jour considérable.

4) 3 prises infructueuses au serre-nœud, qui glissent sur le prolongement nasal sans pouvoir circonscire la tumeur. Donc, 4ème prise, ramène le fibrome avec son prolongement sphénoïdal. Le sinus paraît béant.

Hémorragie de la maxillaire interne au trou sphéno-palatin, arrêtée par compression.

Aux débris de pédicule insérés à la partie haute de l'aile interne de la ptérygoïde et ramenés au serre-nœud, nouvelle hémorragie de la maxillaire interne; pince de Cochère. Tentative infructueuse de ligature.

A l'ablation de la pince, l'artère ne saigne plus. La cavité est exangue. La tumeur paraît avoir été radicalement enlevée. Une mèche cavum-sphénoïde-tétra 5 cm. Une mèche fosse nasale droite, une mèche fosse nasale gauche de 2, durée 50'.

Sang conservé. Légèrement choqué jusqu'à 10 heures du soir.

Pas de réaction hyperthermique. Excellent aspect.

Légère poussée de température aux 4ème, 5ème, 6ème jours sans altération de l'état général.

Ablation de la mèche fosse nasale gauche le 1.8.

Fosse nasale droite et mèche sinuso-cavaire le 4.8.

Suintement hémorragique diffus. On remet par précaution dans la cavité une mèche de gaze de 2.

Ablation de la mèche sans incident le 6.8.

29.9.53 : Bon état local et régional.

26 juin 1957 : Récidive de fibrome naso-pharyngien.

Obstruction fosse nasale droite par production polypoïde sans hémorragie, débordant sur la choane droite et cavum à droite.

Incision de Denker.

Reconstitution pénible de la voie d'abord de 1953. La cavité est complètement comblée par du tissu fibreux et néo-formations osseuses irrégulières.

On constate après dégagement que la formation polypeuse est infiniment plus volumineuse qu'on ne pouvait le supposer et qu'il s'agit de fibrome, non d'un polype muqueux réactionnel. Libération de nombreuses adhérences au plancher à la face droite de la cloison.

Dégagement d'un prolongement occupant le sinus sphénoïdal. La masse sessile implantée sur le reliquat inférieur de la ptérygoïde est ramenée en trois prises successives au serre-nœud, après rugination très poussée.

La rugination ultime d'une zone ptérygoïdienne suspecte détermine une hémorragie de la maxillaire interne, maîtrisée par 10 minutes de tamponnement.

2 mèches dans la cavité, plus une dans la fosse nasale droite.

3.7.57 : Démêché sans hémorragie, sous anesthésie générale.

10.10.57 : Revu.

Très bon état local.

Très bon état général.

9.6.60 : Pas de récurrence.

Obstruction nasale bilatérale, à droite par déviation de cloison, à gauche, plus modérée, par tumeur rétro-choanale, débordant le bord libre du Vomer, d'aspect grisâtre, sphécalique, fétidité.

A la Rhinoscopie postérieure, la mise en place du releveur du voile est gênée par la présence d'une tumeur qui paraît adhérer à la face supérieure du voile, d'aspect framboisé, rouge. Au toucher, masse paraissant faire corps avec le voile ; consistance fibreuse, limitée en avant, imprécise. En haut, espace libre séparant la tumeur de la base du crâne, tapissé de végétations, du moins du côté gauche. Otorrhée tubaire droite, tympan gauche cicatriciel.

A la Rhinoscopie antérieure, le stylet recourbé passe de haut en bas derrière le bord postérieur du Vomer, sans adhérence, par la fosse nasale gauche.

Radiographies : La tumeur est visible sur un profil du cavum comme une ombre discrète appendue à la voûte et du volume d'une très petite noix. Sinus sphénoïdaux normaux, sinus maxillaire droit opaque.

Temps de saignement, coagulation.

Préparation avant l'intervention.

Anesthésie générale au rectanol. S'est montrée suffisante, cependant quelques nausées et mouvements de la tête.

1) Section para-médiane droite du voile du palais après infiltration de novocaïne adrénaline. Vue insuffisante. On branche une incision en potence suivant le bord postérieur de la voûte osseuse. Légère résection du bord libre de la lame palatine droite ; bonne visibilité.

2) Examen au doigt de la tumeur implantée par une base très large à l'angle supéro-externe de la choane droite et sur la face interne de la ptérygoïde. Enroulage de mèches adrénalinées.

3) Rugination du pédicule de la tumeur.

4) Prise de la tumeur au serre-nœud, monté de fil extra-fort. Un premier serre-nœud ne fonctionne pas ; on renouvelle la prise avec un deuxième serre-nœud, on guide l'anse au doigt, du doigt au ras de l'insertion et on ramène la tumeur.

5) Un petit prolongement choanal encastré est ramené par fragments. Un doute reste sur la partie la plus reculée du méat moyen droit ; sensation anormale. (Prolongement vers l'arrière-fond, ou masse des ptérygoïdiens ?)

OBSERVATION 23

S... René

14 ans 1/2 - ALFORTVILLE.

24.2.1945 : Epistaxis répétées depuis deux mois, sans altération de la tache vasculaire, peu abondantes.

L'hémorragie n'a été gênante à aucun moment et paraît avoir été relativement minime.

- Mise en train d'une transfusion de 300 cc. de sang.

Réfection du voile. Un plan buccal sur l'incision transversale. Un plan nasal à crin et un plan buccal à crin moyen sur l'incision longitudinale, voile long.

- Mise en place d'une mèche choanale, de 2 mèches du cavum, une mèche nasale.

20.3.45 : Ablation des mèches. Aucune hémorragie.

Désunion du voile au niveau des deux points postérieurs due à la difficulté d'extraction de la mèche choanale trop encastrée.

1ère Récidive :

Depuis la dernière opération, deux épistaxis sans gravité mais fosse nasale droite reste bloquée.

Résection sous muqueuse haute et poussée loin en arrière pour explorer la fosse nasale droite.

Découverte d'un bourgeon de fibrome nasopharyngien paraissant provenir du sinus maxillaire. On décide l'intervention par voie antérieure.

21.7.45 : Anesthésie générale. Pipe de Delbé.

Rouge Denker. Excellente visibilité.

Extirpation à la pince : morcellements de prolongements comblant le sinus maxillaire et la partie basse de la fosse nasale droite.

Rugination d'une masse implantée au plafond de la choane et extirpation.

Ablation enfin d'un très volumineux prolongement ayant comblé l'arrière-fond ptérygo-maxillaire.

Paroi postérieure du sinus détruite et ptérygoïde presque complètement érodée. L'ablation de ce dernier prolongement en un seul bloc, est suivie d'une hémorragie artérielle en jet très abondante, mais passagère.

(Maxillaire interne elle-même ?)

La cavité est propre. Le cavum et la choane sont libres de tout prolongement de la tumeur.

3 mèches ptérygo-maxillaires et maxillaire,

1 mèche fosse nasale droite,

1 mèche fosse nasale gauche,

3 catguts pour rétrécir sur la ligne médiane l'incision de Rouge.

Transfusion post-opératoire de 200 cc.

L'intervention a été bien supportée.

Hémorragie environ 3/4 de litre à 1 litre.

Pas d'état syncopal.

22.7.45 : Température 37.6.

N'a pas présenté de symptôme de choc post-opératoire.

24.7.45 : Déméchage sans hémorragie notable, une mèche de sûreté remise.

25.7.45 : Complètement démêché.

OBSERVATION 39

G... Jean-Marie

17 ans en 1964 - SARREGUEMINES (Moselle).

17.3.1964 : Récidive : Compte-rendu.

Anesthésie générale, abord par voie de Rouge Denker.

On retrouve la cicatrice correspondant à l'intervention précédente, mais par contre, le plan osseux maxillaire ne paraît pas avoir été touché par cette intervention qui a dû comporter une ouverture de la fosse nasale par voie gingivo-jugale plus qu'un abord de celle-ci par voie transmaxillaire.

On ouvre largement le sinus maxillaire par voie antérieure, angle intéro-interne et par voie interne. On résèque le cornet inférieur et les cellules ethmoïdo-maxillaires. On résèque une partie de la branche montante ; ceci permet d'apercevoir au-dessus de la queue du cornet moyen que l'on résèque, une masse polypoïde. Cette masse ne saigne pas, mais son pédicule par contre est très hémorragique. On infiltre le pédicule de novocaïne et on l'enlève sans difficulté.

Craignant qu'il existe un prolongement en arrière et en dehors, on résèque la totalité de la queue du cornet moyen dont il restait un fragment et qu'on aurait pu prendre pour un prolongement de la tumeur. En fait, la tumeur se limitait au processus enlevé en une seule prise.

On attend que l'hypotension contrôlée remonte à la tension normale avant de pouvoir faire une hémostase par électro-coagulation. Mèches.

OBSERVATION 41

M... Jacky

15 ans le 24.11.1960 - BOURRE (Loir-et-Cher).

24.11.1960 : Fibrome naso-pharyngien.

Anesthésie générale par intubation sous hypotension contrôlée. Incision gingivo-jugale droite dépassant la ligne médiane.

Rugination de l'os. Ouverture du sinus maxillaire suivant la technique de Denker.

On élargit la brèche osseuse vers le haut sur la branche montante, vers le bas jusqu'au plancher.

Résection de la paroi inter-sinuso-nasale.

Ouverture de la muqueuse nasale.

Le prolongement nasal du fibrome est bien dégagé.

On a l'impression que l'on peut aisément passer le serre-nœud autour de la masse. Pourtant, le serre-nœud dérape. L'exérèse doit être faite par morcellement, avec beaucoup de difficulté, étant donné la dureté de la tumeur.

L'implantation semble se faire sur le cadre choanal, en arrière du méat moyen. On coagule largement à ce niveau.

L'hémorragie per-opératoire est réduite.

Mise en place d'une mèche.

Examen histologique : La tumeur examinée a l'aspect typique du fibrome naso-pharyngien. On constate en effet une substance fondamentale par endroits œdémateuse. Ailleurs, hyaline avec présence de fibres de collagène en son centre.

On y rencontre de très nombreux néo-vaisseaux, les uns de type capillaire, les autres montrant une paroi plus ou moins épaissie, où se différencient des fibres musculaires. Les éléments cellulaires rencontrés sont des fibroblastes, des cellules étoilées et quelques îlots inflammatoires.

Aucune suspicion de prolifération maligne n'a été mise en évidence.

2.6.1961 : Récidive.

Anesthésie générale par intubation trachéale.

Reprise de l'incision gingivo-jugale.

Dégagement de la zone de récurrence.

(Une partie de l'intervention a déjà été décrite).

L'hypotension permet d'éviter un saignement en nappe. Après avoir contourné la masse, on saisit avec le serre-nœud le fibrome et on arrive à l'accoucher, mais en faisant une traction considérable, le point d'insertion semblant être la face antérieure de l'apophyse ptérygoïde droite. Un énorme vaisseau saigne à flots, semblant être l'artère maxillaire interne et son pédicule veineux l'accompagnant. On arrive à saisir ce paquet vasculaire et à faire la ligature.

Méchage dans un Mikulitz.

OBSERVATION 54

U... Jean-François

18 ans en 1955 - CASABLANCA.

Le fibrome :

Début en octobre-novembre 1954 :

Gêne respiratoire nasale gauche, légère, qui va en augmentant, pour aboutir à obstruction complète, en 3/4 semaines.

Les thérapeutiques locales sont sans effet.

Pas d'autres signes fonctionnels, ni traumatismes auriculaires, ni épistaxis.

Janvier 1955 :

Devant la persistance de l'obstruction nasale qui est maintenant complète, le malade consulte en O.R.L.

On pratique une « biopsie », qui entraîne une épistaxis assez abondante. Le diagnostic de fibrome naso-pharyngien est établi.

L'intervention est pratiquée en deux temps. Elle a été publiée dans les Annales d'O.R.L. 1955, N° 7, Casablanca, Drs. Agostini et Ponton d'Aurécourt.

Résection sous-muqueuse de cloison.

Puis, 10 jours plus tard (27.1.55), extraction et morcellement du fibrome (serre-nœud, puis pince Luc, d'après le compte-rendu opératoire). L'extirpation semble complète.

Bonnes suites opératoires.

Résultat local satisfaisant jusqu'en septembre 1955.

Récidive depuis septembre 1955 :

Epistaxis de brève durée, se répétant à des intervalles de plus en plus rapprochés (2 jours).

Obstruction nasale gauche.

A son entrée : Bon état général, bon développement statural. Pas de déformation faciale.

Rhinoscopie antérieure : On ne voit pas de masse anormale.

Rhinoscopie postérieure : (+ 2 sondes Nélaton).

Masse tumorale, gris rosé, de la grosseur d'un petit marron qui remplit la choane gauche, et semble s'implanter sur les 2/3 inférieurs du cadre externe de la choane gauche.

Clichés : Opacité arrondie, dans la partie postérieure de F.N. gauche, remplissant le cavum à gauche et la partie voisine de la fosse ptérygo-maxillaire.

Traitement pré-opératoire :

Antibiotiques,
Désinfection rhino-pharyngée,
Traitement hémostatique
2 perfusions sans : 100 gr.

14.1.1956 : Intervention (Anesthésie générale).

Rhinotomie sous-labiale.

Après l'incision muqueuse, on n'obtient qu'un jour insuffisant sur la tumeur. Il faut détruire progressivement la cloison nasale, agrandir l'orifice piriforme gauche.

Hémorragie très modérée.

On résèque aussi en partie la cloison inter-sinuso-nasale gauche. Le jour obtenu sur la tumeur n'est pas satisfaisant. La tumeur n'est vue qu'imparfaitement pour permettre son extirpation. Il faut détruire la partie postérieure, vomérienne, de la cloison.

Hémorragie prolongée qui gêne la bonne visibilité.

A ce moment, l'anesthésiste signale que la T.A. est tombée progressivement à 9 (maxima). Par prudence, on décide de remettre l'extirpation à un temps ultérieur. Méchage. Transfusion.

Déméchage sans incident au 2ème jour.

20.1.1956 : Réintervention sous anesthésie générale.

Reprise facile de la voie de Rouge Denker.

On arrive bien à dégager la tumeur qui est arrachée à la pince de Taptas, en deux gros fragments (et un petit).

Le pédicule s'enfonçait dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Pas d'hémorragie notable à ce moment.

L'extirpation paraît complète.

Méchage : 1 mèche, très postérieure, dans le cavum et la fosse ptérygo-maxillaire.

Une autre, antérieure.

Suture muqueuse au lin.

22.1.1956 : Bonnes suites opératoires :

La mèche antérieure est enlevée facilement, sans ennui, au 3ème jour.

La mèche postérieure est retirée progressivement, les 5ème, 6ème, 7ème, 8ème jours.

Pas d'hémorragie.

Le nez est nettoyé pour le débarrasser des croûtes nombreuses (huile goménolée).

Examen ana-path. de la pièce :

Fibrome naso-pharyngien avec importante participation vasculaire, de l'œdème, et infiltrat de type inflammatoire chronique en surface. On remarque des fibres nerveuses et une oblitération presque totale par du tissu scléreux de certaines lumières vasculaires.

OBSERVATION 15

B... Claude

MONTEREAU (Manche).

6.12.1951 : Obstruction nasale progressive bilatérale remontant à 18 mois, la fosse nasale gauche étant occupée par un volumineux polype, le Docteur S. tente l'ablation au serre-nœud.

L'extraction d'un fragment est suivie d'une hémorragie grave, récidivant après des tamponnements multiples, et entraînant en 15 jours une anémie aiguë intense.

L'examen du fragment n'aurait révélé qu'un polype œdémateux banal avec forte infiltration inflammatoire et nécrose.

Hospitalisé à Trousseau le 4.12.1951.

Enfant d'une pâleur cireuse, amaigri, à température légèrement au-dessus de la normale et présentant une obstruction nasale bilatérale et massive.

Elargissement notable de la racine du nez, l'os propre et la branche montante du côté gauche paraissant refoulée par un processus tumoral sous-jacent.

Rhinoscopie antérieure : La fosse nasale gauche est comblée par une masse gris noirâtre, de

consistance ferme, saignant au moindre contact, restant distante d'un centimètre de l'orifice narinaire.

Le stylet en fait le tour aisément en bas, non en haut. En dedans, la tumeur est appliquée sur la cloison, refoulée en masse vers la droite. La fosse nasale droite est comblée par ce refoulement de la cloison qui paraît déjà ancien, car une large synéchie existe entre le septum et la tête du cornet inférieur.

Rhinoscopie postérieure : Après application du releveur du voile, le cavum est comblé par une masse de coloration par endroits violacée, par endroits recouverte de fausses membranes et d'exsudats purulents.

La consistance évoque l'idée d'un fibrome naso-pharyngien, enclavé dans le cavum et toute une masse relativement individualisée mais non pédiculée, non mobile, descend plus bas, affleurant l'arc gauche du voile.

La face antérieure de l'hémi-voile gauche à l'état de repos paraît légèrement voussurée et le toucher donne à travers la musculature vélisque amincie, l'impression d'une tumeur fibreuse sous-jacente.

En résumé, on paraît être en présence d'un fibrome naso-pharyngien comblant le cavum, et paraissant posséder un prolongement antérieur de grande étendue.

Radiographies : Sur **Nez-menton-plaque :** Révèle l'opacité de la fosse nasale gauche, agrandie au point qu'on ne distingue plus du septum que la partie haute de la lame perpendiculaire, rejetée vers la droite. L'ethmoïde est opaque, les sinus maxillaires voilés.

Un profil montre l'opacité diffuse de tout le cavum, mais les sinus sphénoïdaux paraissent clairs et la corticale endocrânienne intacte.

Examen oculaire : Fond d'œil normal, pas de trouble de la mobilité. Aucun épiphora.

Examen auriculaire : Tympan gauche rétracté, rosé.

Examen hématologique :

Globules rouges : 2 940 000

Globules blancs : 10 400

T.S. : 3

T.C. : 5

Hémoglobine : 65 %

13.12.1951 : Intervention sous anesthésie de base, avec loco-régionale.

Rouge Denker élargi jusque trou sous-orbitaire.

Réséction de la branche montante et partie des os propres gauches.

Le prolongement nasal apparaît gigantesque, refoulant en dehors la paroi sinuso-nasale (sous-maxillaire encombré de polypes réactionnels comblant l'ethmoïde antérieur et érodant la partie inféro-interne de l'orbite).

Son insertion postérieure est massive. On décèle en outre à travers la paroi postérieure papyracée du sinus maxillaire, que l'on détache à la curette, un prolongement ptérygo-maxillaire.

Il est évident qu'on ne peut songer à extraire d'une pièce la tumeur dont la consistance est friable et la tendance fort hémorragique.

Mèche adrénalinée. Injection de novo adrénaline à la jonction du prolongement nasal et du prolongement ptérygo-maxillaire, que l'on suppose voisine de l'insertion. Tension 14-8. Le malade est mis alors en perfusion à la staphène gauche : 250 cc. de plasma.

Extraction : Deux prises au serre-nœud ramènent le prolongement nasal. La consistance de la tumeur est relativement friable et les serre-nœud coupent. Une prise sur la masse cavaire devenue abordable n'est réalisable qu'après contrôle de l'anse par le toucher digital rétrovélique.

Extraction à la pince du prolongement ptérygo-maxillaire fortement enclavé. On découvre en fin d'opération un prolongement rétro-tubaire à évolution péri-pharyngée. Il est extrait à la pince.

L'extraction de ces deux derniers prolongements s'est montrée fort hémorragique, tant par l'hémorragie tumorale que par les branches artérielles sphéno-palatines.

Méchage.

Déméchage 8 jours sans hémorragie notable, trois hémorragies spontanées consécutives importantes paraissant d'origine artérielle.

Examen de la pièce : Polype fibreux angectasique ne présentant aucune transformation maligne.

Récidive - Rentre à Trousseau le 10 février 1953.

A l'examen : Voussure rétro-mandibulaire sous-zygomatique sans gêne de la mastication. La fosse nasale gauche est obstruée, encombrée de mucus que l'on doit aspirer longuement.

Loin de retrouver la vaste cavité naso-maxillaire de l'intervention précédente, on retrouve une paroi lisse, rétrécissant de plus en plus en arrière la fosse nasale, et qui paraît être un gigantesque prolongement fibreux malgré sa couleur vermillon.

Au fond de la fosse nasale, des polypes

muqueux réactionnels masquent un prolongement violacé, que l'on distingue mal, même après application de cocaïne.

Rhinoscopie postérieure : Après mise en place du releveur, montre un cavum absolument débordant, de masse molle, présentant l'aspect de végétations adénoïdes banales mais qui se prolongent sur la paroi postérieure du cavum, au point d'être décelables au seul abaisse-langue.

Ces masses ne permettent pas de préciser s'il existe au niveau du cavum une récive, mais leur seule présence doit la faire redouter.

Ces végétations sont apparues depuis la dernière intervention. Le toucher rhino-pharyngien révèle une induration diffuse de la paroi gauche du cavum, dans laquelle le pavillon tubaire est difficilement décelable.

Radiographies : Déjà noté.

Formule sanguine :

Hémoglobine : 80 %
Globules rouges : 4 200 000
Leucocytes : 5 800
T.S. : 2'
T.C. : 3'30''

Fond d'œil : Normal. B Rh —.

Préparation : Pénicilline, arrhénapectine 4 jours pour les deux.

25.2.53 : Intervention 10 h 35.

Anesthésie en circuit fermé, sonde trachéale à ballonnet, penthonium, perfusion.

10 h 55 : Incision de rhinotomie para-latéro-nasale prolongée jusqu'au bord libre de la lèvre, en empruntant la cicatrice oblique d'une plaie accidentelle antérieure.

Incision vestibulaire poursuivie depuis le frein de la lèvre jusqu'à la face postérieure de la tubérosité maxillaire (cf. résection du maxillaire supérieur).

Incision sous-orbitaire gagnant l'angle inféro-externe de l'orbite (section du nerf sus-orbitaire).

Repérage du pourtour osseux de l'ancienne cavité opératoire.

Résection du tissu cicatriciel et inspection du sinus maxillaire. Il est comblé par la masse du fibrome complètement encastré adhérent au plancher de l'orbite, contigu à la paroi inférieure du sinus revêtu d'une muqueuse inflammatoire épaisse, que l'on résèque jusqu'au pic de la cloison pour donner un peu plus d'espace.

Le doigt, introduit sous le fibrome, constate qu'il s'étend en arrière et en dehors dans la région ptérygo-maxillaire.

Suppression à la pince Gouge et à la gouge de toute la paroi antérieure du maxillaire, depuis les apex dentaires jusqu'au plancher de l'orbite, que l'on tente de conserver.

En réalité, l'os est atteint d'ostéite, et le plancher orbitaire mité, doit être réséqué. La résection osseuse est poursuivie en dehors pour libérer le fibrome.

1) Sur l'os malaire, dont la moitié est réséquée, après section au ras des fibres du masséter.

2) Sur la face externe du maxillaire supérieur, effondré par la tumeur et des bouts de lamelles osseuses restantes sont extraites. Ablation à la pince de Luc de la boule graisseuse de Bichat.

On constate alors que le fibrome pousse des prolongements à la face profonde de la branche montante du maxillaire inférieur.

Malgré l'étendue de la résection osseuse, le fibrome ne présente encore aucune mobilité.

11 h 30 : On entreprend alors sa libération :

1) de l'ethmoïde dans lequel il a pénétré, refoulant et érodant l'os planum.

2) du plancher de l'orbite.

3) du plancher du sinus.

Ces différentes manœuvres de libération sont relativement aisées, bien qu'hémorragiques. Il ne semble pas que le penthonium, lequel a donné une ischémie suffisante lors des résections osseuses, ait influencé le moins du monde la vascularisation du fibrome.

Libéré en haut, en bas et en dedans, le fibrome demeure inébranlablement enclavé dans la région ptérygo-maxillaire. Il n'existe pas d'autre solution que d'appliquer un serre-nœud sur la portion déjà libérée, même si le fibrome ne vient pas d'une pièce, hypothèse peu probable étant donné son caractère friable constaté à la précédente intervention.

L'ablation de sa partie ethmoïdo-maxillaire donnera au moins du jour.

Après 3 tentatives infructueuses pour passer les anses, une quatrième donne une prise efficace mais comme prévu, le fil coupe, entraînant une hémorragie considérable qu'on étanche avec un paquet de compresses. Après 10 minutes, l'hémorragie arrêtée, l'intervention est reprise.

Au doigt et à la spatule, la libération est poursuivie en dehors au prix d'une hémorragie constante, mais modérée. Le prolongement ptérygo-maxillaire est décollé de la branche montante et on réussit à l'extraire au serre-nœud au prix d'une hémorragie brutale, abondante, paraissant provenir d'un pédicule profond juxta-ptérygoïdien.

Tamponnement : Durant le tamponnement, on extrait un prolongement en battant de cloche bas situé, contre l'angle mandibulaire.

12 heures : L'enfant, dont l'état général est profondément altéré depuis 10 minutes, est abandonné pendant qu'on met en œuvre toutes les techniques du doping. Il paraît revenir rapidement.

Après ablation du tamponnement, aucune hémorragie nouvelle. On explore la cavité. Le fond en est constitué par les ptérygoïdiens, encore qu'il n'y ait pratiquement plus que quelques esquilles osseuses représentant la ptérygoïde. Il ne reste aucun prolongement du fibrome, mais son pédicule demeure, fait de tissu lacéré, entrelacé avec les fibres du ptérygoïdien externe et une petite masse tumorale adhérente à la face antérieure du ptérygoïdien. On isole à la spatule toute la zone suspecte et on passe un serre-nœud au ras de la base du crâne ramenant l'intégralité du pédicule.

L'enfant est ramené à l'horizontale.

Pas d'hémorragie notable, sauf un léger suintement ptérygo-maxillaire.

Méchage serré à ce niveau, lâche dans tout le reste de la cavité, notamment en haut où l'on veut éviter la protrusion de l'œil.

12 h 30 : Suture. Points de repère au crin + fils de lin.

Pendant le début de la suture, l'état de l'enfant, qui s'était aggravé lors de l'extraction du pédicule, devient critique. Syncope cardiaque.

Malgré l'insufflation rythmique prolongée, les divers toni-cardiaques dans la perfusion et une par injection d'adrénaline intra-cardiaque, l'enfant ne peut être réanimé et est abandonné après une demi-heure d'efforts.

Il ne semble pas, malgré une déperdition sanguine dépassant probablement un litre, mais parallèlement compensée, qu'on puisse incriminer l'hémorragie. Plus probablement s'agit-il de l'action réflexogène de la zone pédiculaire.

Examen histologique : Fibrome angiomateux ne présentant pas de caractère histologique malin.

P... Roger

12 ans en 1942 - MONTIGNY (Cher).

24.3.42 : Début de la gêne respiratoire remontant à juin 1941. Cette gêne s'accroît peu à peu jusqu'à réaliser une pseudo-imperméabilité nasale respiratoire.

Deux hémorragies dans le Cher, dont l'une aurait été assez sérieuse (novembre 1941).

A l'examen, on est frappé par l'état de l'enfant : bouche ouverte, faciès adénoïdien.

L'examen des fosses nasales montre la perméabilité de la fosse droite où l'on aperçoit le cadre choanal dans la partie supérieure. A gauche, saillie d'une masse rosée, lisse, unie, ferme au stylet, que l'on aperçoit faisant saillie par la choane gauche après qu'on eût débarrassé le nez de toutes ses abondantes sécrétions purulentes.

Après pose d'un releveur du voile, voile très long, la rhinoscopie postérieure montre une tumeur pharyngée volumineuse, occupant tout le plafond du cavum, bouchant les choanes, et descendant jusqu'à la racine du voile. Elle semble plus développée du côté gauche. Aspect uni, lisse, brillant, couleur rosée rouge. Consistance au toucher assez ferme. Le toucher ne provoque aucune hémorragie.

Au total, l'examen fait penser à un fibrome naso-pharyngien volumineux, à insertion probable péri-choanale gauche, sans prolongement ptérygoïdien, orbitaire sinusien. Il ne semble pas qu'il y ait de prolongement nasal, mais simple saillie à la choane gauche. Rien à droite. Il existe en effet un certain nombre de signes négatifs, ni signes orbitaires, ni signes sinusiens, pas de céphalées, pas de troubles cérébraux. Des tomographies pratiquées sont en faveur de l'absence de lésion osseuse.

Les radiographie et tomographie confirment la présence d'une masse appendue à la voûte naso-pharyngée du côté gauche et se projetant sur la fosse nasale gauche. Légèrement sur la droite, sinus maxillaire gauche douteux.

Temps de saignement, temps de coagulation.

26.3.42 : Démêché sans incident, bonne perméabilité.

30.3.42 : Reprise parfaite du voile.

1.4.42 : Résultat de la pièce opératoire :

Angiofibrome, secondairement infecté avec vastes plages œdémateuses. Pas d'hyperplasie de la muqueuse.

Anesthésie rectanol sans incident.

1) Division para-médiane gauche du voile du palais aux ciseaux, après infiltration à l'adrénaline. Hémorragie nulle.

2) Prise aux forceps d'Escat. Eradication complète de la tumeur. Hémorragie minime arrêtée par légère compression.

3) Suture du voile en deux plans : nasal et buccal.

Récidive 26 février 1943.

Un peu moins volumineuse que la tumeur initiale, à la fois naso-pharyngée et intra-choanale gauche.

Deux épistaxis, dont une sévère en novembre.

Pas d'atteinte de l'état général.

Anesthésie rectanol complète - chlorure d'éthyl.

— Section du voile au niveau de la cicatrice ancienne. Extraction de la tumeur après morcellement (pince de Lechatellier grande taille).

Hémorragie assez modérée pour ne pas gêner l'intervention.

— Suture du voile en deux plans (crins fins et gros) sans suture musculaire.

A la fin de l'opération, apnée subite que ne paraissent impliquer, ni le chlorure d'éthyl, dont l'administration a complètement cessé depuis une demi-heure, ni l'hémorragie, pas plus importante que la première fois, ni l'adrénalisation initiale du voile. (Pas de chloroforme).

Respiration artificielle, carbogène, toni-cardiaques.

Transfusion : reste sans efficacité.

Décédé au bout d'une heure.

Résultat ana-path. : L'examen des divers fragments prélevés révèle l'existence d'un polype muqueux banal, mais la majeure partie de la tumeur est constituée par un stroma fibreux très riche en formations angiomateuses, tout à fait comparables à celles observées au cours d'un examen antérieur.

En aucun endroit, on ne peut observer de dégénérescence maligne.

OBSERVATION 55

R... Bernard

15 ans en 1960 - FLIXECOURT (Somme).

Entré dans le Service pour **récidive de fibrome naso-pharyngien** sur lequel on est déjà intervenu.

Actuellement, récidive au niveau du cavum, bien visible en rhinoscopie postérieure.

6.7.1960 : Opéré sous anesthésie générale intubation.

Le fibrome n'a pas repoussé, mais le jeune homme a dû subir ensuite une dizaine d'interventions à visée esthétique à la suite d'une ostéite du maxillaire supérieur.

OBSERVATION 38

D... François

11 ans 1/2 en 1957 - CONDE-SUR-NOIREAU (Calvados).

6.12.57 : Fibrome opéré.

10.4.59 : Récidive.

(Pour détails, se référer à la plaquette de M. LEROUX-ROBERT : Problèmes actuels d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1964).



Extraits des observations des fibromes non récidivés

(Nous ne ferons qu'énumérer les cas)

OBS. 1 - T . . . Joseph	12 ans 1/2	Opéré le	5.6.1966	Montluçon (Allier)
OBS. 3 - B . . . Bernard	11 ans	Opéré le	16.12.1965	Lyon (Rhône)
OBS. 5 - B . . . Gérard	15 ans	Opéré le	26.9.1962	Le Mans (Sarthe)
OBS. 6 - L . . . Claude	13 ans	Opéré le	25.10.1961	Villemomble
OBS. 7 - M . . . Roland	16 ans	Opéré le	27.10.1961	Sucy-en-Brie
OBS. 9 - B . . . Albert	13 ans	Opéré le	7.8.1958	Troyes (Aube)
OBS. 10 - V . . . André	14 ans	Opéré le	30.11.1955	Ouistreham (Calvados)
OBS. 11 - V . . . Michel	16 ans 1/2	Opéré le	2.3.1955	Passe-Valognes (Manche)
OBS. 14 - S . . . Guy	19 ans	Opéré le	12.4.1951	Château-Landon
OBS. 16 - D . . . Michel	19 ans	Opéré le	30.6.1949	(Cher)
OBS. 17 - V . . . Hubert	20 ans	Opéré le	19.4.1949	(Loiret)
OBS. 18 - L . . . Jules	23 ans	Opéré le	26.10.1948	
OBS. 19 - L . . . Charles	15 ans	Opéré le	19.6.1948	(Seine-Inférieure)
OBS. 20 - P . . . Jean	18 ans	Opéré le	16.11.1949	(Cher)
OBS. 21 - H . . . Louis	21 ans	Opéré le	8.3.1949	(Eure)

(Les observations de ces 6 cas peuvent être retrouvées dans leur intégralité dans les Annales d'O.R.L., article de M. LEMARIEY, 1950).

OBS. 22 - B . . . André	13 ans	Opéré en	oct. 1946	Noisy-le-Sec
OBS. 24 - C . . . Léopold	15 ans 1/2	Opéré le	6.4.1944	Givet (Ardennes)
OBS. 26 - G . . . Imbert	19 ans	Opéré le	8.12.1950	
OBS. 27 - V . . . Gérard	15 ans	Opéré le	7.10.1947	
OBS. 28 - V . . . Pierre	14 ans	Opéré le	27.9.1951	
OBS. 29 - L . . . Emile	28 ans	Opéré le	9.11.1951	
OBS. 30 - L . . . Jean	14 ans	Opéré le	11.6.1952	

(Les observations de ces 5 derniers cas peuvent être retrouvées dans leur intégralité dans la plaquette de M. LEROUX-ROBERT : Fibrome Naso-Pharyngien, 1964).

OBS. 31 - M . . .	14 ans	Opéré le	16.12.1955	Flizes (Ardennes)
OBS. 32 - C . . . Hervé	17 ans	Opéré le	6.11.1959	Neuilly-sur-Seine
OBS. 33 - A . . . Jean	15 ans	Opéré le	17.2.1961	Aurillac (Cantal)
OBS. 34 - C . . . René	28 ans	Opéré le	16.11.1965	Noyon
OBS. 47 - G . . . Pierre	15 ans 1/2	Opéré le	14.11.1957	Reims (Marne)
OBS. 48 - S . . .	19 ans	Opéré le	20.11.1958	
OBS. 49 - H . . . Robert	11 ans	Opéré le	18.7.1961	
OBS. 50 - B . . . Michel	10 ans	Opéré le	5.11.1962	Paris
OBS. 51 - D . . . Marcel	15 ans	Opéré le	14.2.1964	Sarcelles-Lochères
OBS. 52 - F . . . Denis	14 ans 1/2	Opéré le	17.11.1966	Sainte-Savine (Aube)
OBS. 57 - B . . . Albert	22 ans	Opéré le	15.1.1952	Versailles
OBS. 58 - L . . . Yves	17 ans	Opéré le	10.11.1960	Noisy-le-Roi
OBS. 59 - C . . . Bernard	19 ans	Opéré le	30.7.1963	Montargis (Loiret)
OBS. 60 - V . . . Gérard	13 ans	Opéré le	13.3.1964	Romilly-sur-Seine
OBS. 61 - V . . . Marc	16 ans	Opéré le	16.3.1965	Monaco

REPERTOIRE BIBLIOGRAPHIQUE

- AGOSTINI, PONTON D'AMECOURT, SARROLA et TEILHAUT. - A propos de deux cas de fibromes naso-pharyngiens. Opérés sous hypotension contrôlée. - J. Méd. Chir. prat., janv. 1956, **126**, n° 3, 117-122.
- ALBRECHT R. - Die Naserachentumoren und ihre Behandlung. Arc. Ohren usw. Heilk, Zeitsch. Hals usw. Heilk, 175, 168 (Kongressbericht, 1959).
- ALCAINO A. - A propos des fibromes naso-pharyngiens. - Ann. Oto-laryng., av.-mai 1956, **73**, n° 4-5, 316.
- ALCAINO A. - Le problème clinique et chirurgical des tumeurs de la région naso-pharyngée. Nouvelles méthodes chirurgicales pour aborder cette région. - Ann. Oto-laryng., av.-mai 1957, **74**, n° 4-5, 301-325, 14 fig. (Bibliogr.).
- APOSTOL J.V. et FRAZELL E.L. - Angiofibrome naso-pharyngé juvénile. Une étude clinique. - Cancer, juil. 1965, **18**, n° 7, 869-878, 7 fig. (Bibliogr.).
- ARDOUIN. - Sur un cas de fibrome naso-pharyngien. - Ann. Oto-laryng., mai-juin 1955, **72**, n° 5-6, 447.
- AUBIN A., GANDON et BURGEAT. - Que peut-on attendre du traitement hormonal des fibromes naso-pharyngiens ? - Ann. Oto-laryng., av.-mai 1956, **73**, n° 4-5, 301-304.
- AUBIN A. et CLERC P. - Fibrome naso-pharyngien - Radiothérapie pré-opératoire - Exérèse exangue. Annales d'Oto-Laryngol. 1946, 13, p. 363.
- BACH E. - Un cas de fibroïde basal. - Mschr. Ohrenh. Laryngo-Rhinol., fév. 1960, **94**, n° 1, 16-19 (Bibliogr.).
- BANKAMP. - L'angiofibrome de la cavité naso-pharyngienne. - Med. Klin., 29 mai 1959, **54**, n° 22, 1044-1047 (Bibliogr.).
- BAZ C. - Réflexions sur 4 cas de fibrome naso-pharyngien. - Rev. méd. Moyen-Orient, mars-av. 1964, **21**, n° 2, 195-198.
- BERETTI J., MONTABONE H. et COLONNA D'ISTRIA J. - A propos de deux cas de fibromes naso-pharyngiens en milieu mélanésien. - Ann. Oto-laryng., oct.-nov. 1964, **81**, n° 10-11, 673-676.
- BLOCH A. et LAMBERT A. - Fibrome naso-pharyngien prognathisme consécutif. - Ann. Oto-laryng., 1951, **68**, n° 1, 98.
- BLUMLEIN H. - Le traitement du fibrome naso-pharyngien juvénile. (Irradiation ou opération ?). - Arch. Ohren-Nasen-Kehlkopfh., 1959, **175**, n° 2, 278-292.
- BOEDTS J. - Erfahrungen mit Hormonen bei Nasenrachen-fibromen. Ned Geneesk, 1940, pp. 4531-4534.
- BOUCHE J. - Fibrome naso-pharyngien. - « Les Maladies du Pharynx », Masson Edit., Paris, 1961, pp. 595-626.
- BOURGUET J., LEBRANCHU et Coll. - Des fibromes naso-pharyngiens à propos de neuf cas. Ouest Médical 1958, 11-3, pp. 65-74.
- BOURGUET J., RAGOT P. et GUERIN A. - Fibrome naso-pharyngien. A propos de 15 malades et 20 interventions. - Ann. Oto-laryngol., déc. 1965, **82**, n° 12, 987-994.
- BURGEAT M. - Le traitement hormonal des fibromes naso-pharyngés. - Thèse Paris, 1955, n° 821, 63 pages.
- CAPS F.C.W. et IRVINE G. - 4 cas récents d'angio-fibrome du sujet jeune de l'espace rétronasal. - J. of Laryng. Otol., oct. 1961, **75**, n° 10, 924-931 (Bibliogr.).
- CARBONARA L. et SALONNA F. - Résultats d'examen hormonaux chez des sujets atteints de fibrome dur du rhino-pharynx. - Valsalva, oct. 1958, **34**, n° 5, 243-248 (Bibliogr.) (résumé franç.).
- CHAMPY et WACKENHEIM A. - Troubles endocriniens et électro-encéphalographiques dans le fibrome hémorragique de la puberté masculine et dans l'otospongiose. - Ann. Oto-laryng., juil.-août 1957, **74**, n° 7-8, 545-547.
- CRISCENTI G. - Action de l'acétate de désoxycorticos-térone associé à l'acide ascorbique sur un fibrome dur du rhino-pharynx. - Oto-Rhino-Laryngol. ital., 1953, **21**, n° 5, 329-342, 13 fig. (Bibliogr.) (résumé franç.).
- CSILLAG A. - Le traitement du fibrome naso-pharyngien. - Practica O.R.L. juil.-août 1957, **19**, n° 4, 246-252, 4 fig. (Bibliogr.) (résumé franç.).
- DANE W.H. - Le fibrome rhino-pharyngien juvénile en état de régression. - Ann. Otol. Rhin. Laryng., déc. 1954, **63**, n° 4, 997-1014, 5 fig. (Bibliogr.).
- DEBAIN J.-J. - Fibrome naso-pharyngien. Société O.R.L. Latina. Congrès de Madrid, 1962.
- DEISS G. - Des possibilités de dégénérescence du fibrome naso-pharyngien diagnostiqué chez l'adulte. - Thèse Paris, 1956, n° 284, 42 pages.
- DELARUE J., PAILLAS J., PAYEN J. et BURGEAT M. - Les fibromes naso-pharyngiens. Etude anatomo-pathologique. - Sem. Hôp. Paris, 10 déc. 1956, **32**, n° 72, 3801-3809, 16 fig. (Bibliogr.).

- DESPONS et NICLAUSSE. - Fibrome naso-pharyngien avec envahissement de l'ethmoïde et de l'orbite. - Arch. franç. Ped., 1954, **11** n° 7, 786-787.
- DESPONS et NICLAUSSE. - Fibrome naso-pharyngien avec envahissement de l'ethmoïde et de l'orbite. - J. Méd. Bordeaux, mai 1954, **131**, n° 5, 500-501.
- DIBBLE P.A. et KING H.C. - Angiofibrome naso-pharyngien juvénile. - Laryngoscope, fév. 1962, **72**, n° 2, 218-231, 13 fig. (Bibliogr.).
- EPSTEIN B. - Fibro-sarcome naso-pharyngé s'étendant dans l'angle ponto-cérébelleux chez un enfant. - Am. J. Roentgenol., janv 1954, **71**, n° 1, 60-63.
- ERICH J.B. - Les fibromes infantiles du rhino-pharynx. - Arch. Otolaryng. sept. 1955, **62**, n° 3, 277-281.
- FARRAR D.A.T. - Fibrome simple du rhino-pharynx. - J. Laryng. Otol., août 1953, **67**, n° 8, 486-487 (Bibliogr.).
- FIGI F.-A. et DAVIS R.E. - Traitement du fibrome naso-pharyngien. The Laryngoscope, 1950, vol. 60, n° 8, pp. 794-814.
- FINERMAN W.B. - L'angiofibrome rhino-pharyngé infantile chez la fillette. Arch. Oto-laryng., déc. 1951, **54**, n° 6, 620-623, 3 fig.
- FITZ-HUGH G.S. et WALLENBORN W. Mc K. - Une revue de cinquante-deux cas de tumeurs du naso-pharynx. Laryngoscope, Saint-Louis, 1961, **71**, n° 5, pp. 457-479.
- FLEURY P. - Le traitement opératoire des fibromes naso-pharyngiens. Thèse, Paris, 1952.
- FRASER J.P. - Le fibrome du rhino-pharynx. - J. of Laryng. Otol., août 1958, **72**, n° 8, 626-646, 11 fig. (Bibliogr.).
- FREUNDLICH I.M. et HODES P.J. - Fibrome naso-pharyngien révélé par une symptomatologie hypophysaire et optique. - Am. J. Roentgenol., janv. 1963, **89**, n° 1, 41-44, 5 fig. (Bibliogr.).
- GIAGNONI A. - Le fibrome rhino-pharyngé infantile. - Oto-Rino-Laring. ital., 1959, **28**, n° 1, 29-46, 6 fig. (Bibliogr.) (résumé franç.).
- GIGNOUX M., TAKIZAWA H. et GAILLARD L. - A propos d'un cas de fibrome naso-pharyngien récidivant. Considérations thérapeutiques. - J. franç. O.R.L., oct. 1959, **8**, n° 7, 891-898.
- GOUFAS. - Un cas de fibrome saignant de la puberté masculine. Annales Mal. de l'Oreille, 1930, **49**, n° 11, pp. 1076-1086.
- HANDOUSA, FARID H. et ELWI A.M. - Le fibrome rhino-pharyngé. - J. Laryng. Otol., oct. 1954, **68**, n° 10, 647-666, 14 fig. (Bibliogr.).
- HARBERT F. et KEAN H. - Angiofibrome juvénile. - Laryngoscope, nov. 1964, **74**, n° 11, 1550-1556, 5 fig. (Bibliogr.).
- HARMA R.A. - L'angiofibrome rhino-pharyngé. Etude clinique et histo-pathologique. - Acta oto-laryng., suppl. 146, 7-74, 47 fig. 8 tabl. (Bibliogr.).
- HOLMAN C.B. et MILLER W.E. - Fibrome naso-pharyngé chez l'adolescent. Signes radiologiques. - Am. J. Roentgenol., juin 1965, **94**, n° 2, 292-298, 6 fig. (Bibliogr.).
- HORA J.F. et WELLER W.A. - Un cas d'angiofibrome juvénile à localisation extra-naso-pharyngée. - Ann. of Otol. Thin. Laryng., mars 1961, n° 1, **70**, 164-170 (Bibliogr.).
- HORA J.F. et BROWN A.K. jr. - Angiofibrome paranasal du sujet jeune. Un cas. - Arch. of Otolaryng., nov. 1962, **76**, n° 5, 457-459 (Bibliogr.).
- HUBER P. - Cliché angiographique d'un fibrome naso-pharyngien. - Fortschr. Geb. Röntgenstr., janv. 1960, **92**, n° 1, 109-111.
- HUET P.C., LABAYLE J. et ROTH F. - Fibrome naso-pharyngien opéré sous hypotension contrôlée. - Ann. Oto-laryng., 1963, **70**, n° 11/12, 792-793.
- HUNTER K., SMYTH G.D.L. et MACAFEE C.A.J. - Fibrome naso-pharyngé. - J. of Laryng. Otol., fév. 1963, **77**, n° 2, 138-145 (Bibliogr.).
- JONHSEN S., KLOSTER J.H. et SCHIFF M. - Action des hormones sur l'angiofibrome naso-pharyngien juvénile. - Acta oto-laryng., janv.-fév. 1966, **61**, n° 1/2, 153-160 (Bibliogr.).
- JONES R. et SAUNDERS W.H. - Angiofibrome du naso-pharynx et otosclérose chez des frères. - Laryngoscope, oct. 1964, **74**, n° 10, 1389-1390.
- KARATAY S., KATIRCIOGLU S. et EROZDEN O. - Signification des hormones dans la pathogénie de l'angiofibrome naso-pharyngien. - Acta oto-laryng. mars-av. 1963, **56**, n° 2/3, 362-369, 8 fig. (Bibliogr.) (résumé franç.).
- KERWIN R.W. - L'angiofibrome rhino-pharyngien juvénile. - Arch. Oto-laryng. av. 1951, **53**, n° 4, 397-405, 3 fig.
- KREMEN A.J. - Traitement chirurgical de l'angiofibrome du rhino-pharynx. - Ann. Surg., oct. 1953, **138**, n° 4, 672-677, 6 fig. (Bibliogr.).
- LEMARIEY A. - A propos du traitement chirurgical des fibromes naso-pharyngiens. L'intervention sous-anesthésie loco-régionale. - Ann. Oto-laryng., fév.-mars 1950, **67**, n° 2/3, 113-126 (Bibliogr.).
- LEMARIEY A. - Discussion de la communication de MM. Aubin, Gandon et Burgeat à la Sté Laryngol. Hôpitaux de Paris, 21 nov. 1955, Ann. Oto-Laryngol. 1956, pp. 73-305.
- LEMARIEY A. - Oto-Rhino-Laryngologie infantile. Masson Edit., Paris, 1956, pp. 234-249.
- LEMARIEY A., PAQUELIN F., CORMIER et HAMON L. - Aléas évolutifs au cours du traitement d'un fibrome naso-pharyngien. Ann. Oto-laryng., oct.-nov. 1964, **81**, n° 10/11, 723-730.
- LEMOYNE J. - Fibrome naso-pharyngien et hypotension contrôlée. - Ann. Oto-laryng., août-sept. 1953, **70**, n° 8/9, 565-568.
- LEPAGE G. - Fibrome naso-pharyngien. - Ann. méd.-psychol., av. 1958, **116**, n° 4, 742.
- LEROUX L. - Un cas de fibrome envahissant les sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal. - Ann. Oto-laryng., av.-mai 1956, **73**, n° 4/5, 311-313. Sarcome fibroblastique du malaire et du maxillaire supérieur succédant tardivement à un fibrome naso-pharyngien. Ann. Oto-Laryngol., 1956, **73**, pp. 313-315.

- LIMBOUR J. - Des fibromes naso-pharyngiens et de l'hypotension contrôlée per-opératoire. - Thèse Paris, 1957, 53 pages dact.
- LISMONDE G. et LEPAGE G. - A propos de deux cas de fibrome naso-pharyngien. Conditions thérapeutiques. - Acta neurol. psychiat. belg., oct. 1958, **58**, n° 10, 848-860, 5 fig. (Bibliogr.).
- MacCOMB W.S. - Fibrome naso-pharyngé de l'adolescent. - Am. J. Surg., nov. 1963, **106**, n° 5, 754-763, 6 fig. (Bibliogr.).
- MARTIN H., EHRLICH H.E. et ABELS J.C. - Angiofibrome naso-pharyngien infantile. - Ann. Surg., mars 1948, **127**, n° 3, 513-536, 7 fig. (Bibliogr.).
- MOULONGUET A. et LACAILLE, - Fibrome naso-pharyngien opéré par voie de Rouge Denker. Annales d'Oto-Laryngol., 1933, n° 10, pp. 1217-1222.
- MOULONGUET A. et DEMALDENT J.-P. - Fibrome naso-pharyngien opéré. Annales d'Oto-Laryngol., 1935, n° 5, pp. 340-343.
- MOULONGUET et BOUCHE. - Deux cas de fibromes de l'espace maxillo-pharyngien. - Ann. Oto-laryng., janv.-fév. 1949, **66**, n° 1/2, 48-50.
- MULLER E. - Le pronostic opératoire du fibrome naso-pharyngien s'est-il amélioré ces derniers temps? - Arch. Ohren-Nasen Kehlkopfh., 1959, **175**, n° 2, 273-278, 5 fig. (Bibliogr.).
- NEW G.B. et FIGI F.-A. - Treatment of Fibromas of the Nasopharynx. Americ. J. Roentgenol., 1924, **122**, pp. 340-343.
- PARCHET V. - L'angiofibrome naso-pharyngien chez la femme. - Ann. Oto-laryng., 1951, **68**, n° 1, 60-71, 1 fig. (Bibliogr.).
- PATTERSON C.N. - Angiofibrome naso-pharyngien juvénile. - Arch. of Otolaryng., mars 1965, **81**, n° 3, 270-277, 9 fig. (Bibliogr.).
- PIAGET. - Deux cas de fibromes naso-pharyngiens. - J. franç. O.R.L., mai 1956, **5**, n° 3, 277-280.
- PIMPINELLA R.J. - Angiofibrome naso-pharyngé chez l'adolescent. - J. of Ped., fév. 1964, **64**, n° 2, 260-267 (Bibliogr.).
- RADZIMINSKI A. - Traitement chirurgical des fibromes naso-pharyngiens. - Ann. Oto-laryng., juil.-août 1960, **77**, n° 7/8, 574-583 (Bibliogr.).
- REYNAUD J. - Sur 5 cas de fibromes naso-pharyngiens. - Ann. Oto-laryng., janv. 1950, **67**, n° 1, 40-50.
- REYNAUD J. - Angiofibromes naso-pharyngiens et hormones. - Med. Afrique Noire, 1-15 av. 1960, **7**, n° 7, 138-140 (Bibliogr.).
- REYNAUD J., MAHMOUD K. et MOHAMED HOSSEIN K. - Contribution à l'étude du traitement des fibromes naso-pharyngiens par les hormones stéroïdes. - Ann. Oto-laryng., 1955, **72**, n° 10, 782-789 (Bibliogr.).
- ROSEN H., HANAFFE W. et NAHUM A. - Angiofibrome naso-pharyngé, une évaluation angiographique. - Radiology, janv. 1966, **86**, n° 1, 103-107 (Bibliogr.).
- SAMY L.L. et GIRGIS I.H. - Abord transzygomatique de fibrome naso-pharyngien à extension extra-pharyngée. - J. of Laryng. Otol., sept. 1965, **79**, n° 9, 782-795, 14 fig. (Bibliogr.).
- SARDANA D.S. - Fibrome naso-pharyngien. - Arch. of Otolaryng., juin 1965, **81**, n° 6, 584-588, 6 fig. (Bibliogr.).
- SCHIFF M.B. - L'angiofibrome rhino-pharyngé infantile. Théorie de sa pathogénie. - Laryngoscope, août 1959, **69**, n° 8, 981-1016, 31 fig. (Bibliogr.).
- SEKULIC B. - Conduite à tenir dans les fibromes naso-pharyngiens enclavés dans la fosse ptérygo-maxillaire. - Ann. Oto-laryng., av.-mai 1960, **77**, n° 4/5, 334-335.
- SMITH M.F.W., BOLES R. et WORK W.P. - Techniques cryochirurgicales d'ablation des angiofibromes. - Laryngoscope, août 1964, **74**, n° 8, 1071-1080, 8 fig. (Bibliogr.).
- SOLISCH P. et BARENWALD G. - Structure et ultra-structure du fibrome naso-pharyngien juvénile. - Arch. klin. exper. Ohren-Nasen-Kehlkopfh., 1966, **186**, n° 2, 178-183 (Bibliogr.).
- TERRACOL J., CAMPS F. et BOUSQUET J.M. - Le fibrome saignant de la puberté masculine. - Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mai 1956, n° 5, 319-325, 1 fig.
- THIBAUT A. - Angiographie carotidienne élective dans le diagnostic et le traitement des angiofibromes naso-pharyngiens. - Acta radiol., mars 1963, **1**, n° 2, 468-480, 6 fig. (Bibliogr.) (texte franç.).
- THOMAS Ph., ACHKAR J.N. et BOUSTANY F.N. - Angiofibrome du naso-pharynx. - Ann. Oto-laryng., juil.-août 1962, **79**, n° 7/8, 576-578 (Bibliogr.).
- THOMPSON V., FERRO C.A.V. et O'CONNOR F.A. - Transformation maligne d'un fibrome naso-pharyngé. - Prensa méd. argent., 22 déc. 1961, **48**, n° 51, 3190-3192 (Bibliogr.).
- WAYOFF M. - Volumineux fibrome naso-pharyngien opéré par voie transpalatine. - Ann. Oto-laryng., déc. 1958, **75**, n° 12, 971-973.



Vu le Président de Thèse

Pr. M. AUBRY

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	21
GENERALITES	23
Sexe	
Age	
Répartition géographique	
Fréquence.	
CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE DU FIBROME	27
Les épistaxis	
L'obstruction nasale	
Autres signes.	
DIAGNOSTIC	29
1. - Diagnostic clinique	29
Le diagnostic de fibrome naso-pharyngien	
Le diagnostic des prolongements	
Le diagnostic du siège d'implantation.	
2. - Diagnostic histologique	30
Les prélèvements par erreur	
Les biopsies faites volontairement.	
3. - Diagnostic angiographique	31
4. - Diagnostic opératoire	31
Le diagnostic du fibrome	
Le diagnostic des prolongements	
Le diagnostic du siège d'implantation.	

LA RADIOGRAPHIE	35
I. - Résultats théoriques.	
II. - La place de la radiographie.	
III. - Résultats pratiques	
Dans l'appréciation des prolongements tumoraux	
Dans l'appréciation de la zone d'insertion.	
IV. - L'angiographie	37
V. - Conclusions	38
 LES AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	40
 THEORIES PATHOGENIQUES	41
I. - Les théories congénitales	
II. - La théorie inflammatoire	
III. - Les théories hormonales.	
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE	47
 METHODES THERAPEUTIQUES	51
I. - L'hormonothérapie	51
II. - La radiothérapie	52
1°) A visées pré-opératoires	
2°) A visées thérapeutiques :	
a) Les radiations seules	
b) Les radiations + hormones	
c) Les radiations + diathermo-coagulation	
d) Les radiations + chirurgie.	
III. - La chirurgie	53
La cryochirurgie.	
IV. - La chimiothérapie	53
 PREMIER TRAITEMENT	55
I. - Les précautions pré-opératoires	55
L'hormonothérapie	
La transfusion pré-opératoire	
La radiothérapie pré-opératoire	
La ligature de carotide externe.	

II. - L'anesthésie	56
Loco-régionale	
Générale.	
III. - L'acte chirurgical lui-même	56
La voie d'abord	
L'éradication du fibrome	
Résultats	
Vérification de la cavité.	
IV. - Le déméchage	58
V. - Les suites opératoires	58
Au point de vue esthétique	
La cavité résiduelle.	
ANALYSE DES 61 OBSERVATIONS	59
I. - Critique du traitement	59
A. - Le choix de la méthode	
B. - L'analyse du traitement choisi.	
II. - Le fibrome lui-même	61
A. - Le point d'implantation	
B. - L'existence de prolongements	
C. - Le volume du fibrome	
D. - L'examen histologique.	
III. - Les malades	63
LES 24 RECIDIVES PREMIERES	65
Circonstances de découverte	
Diagnostic	
Radiographie	
Autres examens complémentaires	
Traitement	
Analyse.	
LES 12 SECONDES RECIDIVES	73
LA RECIDIVE TROISIEME	78
CONCLUSION	81
EXTRAITS DES OBSERVATIONS	83
REPERTOIRE BIBLIOGRAPHIQUE	105

